Ю. П. ЛИСИЦЫН
Н. Я. КОПЫТ

АЛКОГОЛИЗМ

Социально-гигиенические аспекты

Издание второе,
переработанное
и дополненное



Москва · «Медицина» · 1983

ББК 51.1(2)
Л63

УДК 613.81

ЛИСИЦЫН Ю. П., КОПЫТ Н. Я. **Алкоголизм:** Социально-гигиенические аспекты, 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1983.— 264 с.

Ю. П. Лисицын — проф., член-корр. АМН СССР, зав. кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения II Московского ордена Ленина государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова; Н. Я. Копыт — д-р мед. наук, профессор той же кафедры.

Второе издание (первое вышло в 1978 г.) дополнено новыми данными о распространенности и последствиях алкоголизма, существенной переработке подверглась основная глава книги «Организация борьбы с алкоголизмом», введен новый раздел, посвященный первичной профилактике алкоголизма, большое место отводится пропаганде здорового образа жизни.

Для организаторов здравоохранения, наркологов и других специалистов, интересующихся проблемами алкоголизма.

Рис. 7, схемы 2, табл. 21, библиография — 124 наименования.

Рецензент д-р мед. наук, проф. *А. К. Качаев.*

Л $\frac{4102000000—107}{039(01)—83}$ 25—83

ПРЕДИСЛОВИЕ К ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Высокий уровень потребления алкогольных напитков, увеличение числа больных алкоголизмом, отрицательное влияние злоупотребления алкоголем на здоровье населения, большой экономический и моральный ущерб от пьянства и алкоголизма выдвинули эту проблему в большинстве стран мира в число важнейших, имеющих не только медицинское, но и социальное значение.

Хотя по сравнению с большинством экономически развитых капиталистических стран уровень потребления алкогольных напитков и показатели заболеваемости алкоголизмом в СССР ниже, алкоголизм является также проблемой и в нашей стране. В Отчетном докладе Центрального Комитета КПСС XXVI съезду партии отмечалось: «Немалый ущерб обществу, семье наносит пьянство, которое, откровенно говоря, еще остается серьезной проблемой. На борьбу с этими уродливыми явлениями должны быть направлены усилия всех трудовых коллективов, всех общественных организаций, всех коммунистов... Нам предстоит большая работа по совершенствованию социалистического образа жизни, по искоренению всего, что мешает формированию нового человека. Это — одна из неотъемлемых составных частей социальной политики партии, цель которой — благо и счастье советских людей!» [1].

Необходимость усиления борьбы с пьянством и алкоголизмом требует всестороннего освещения этой сложной проблемы и, прежде всего, таких ее аспектов, как определение причины и медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем, обобщения опыта борьбы с алкоголизмом. Наряду с подробным освещением этих вопросов в монографии дается обобщенный анализ современных классификаций и

---

[1] Материалы XXVI съезда КПСС.— М.: Политиздат, 1981, с. 64.

концепций алкоголизма, показаны методические подходы к изучению алкоголизма как социально-гигиенической проблемы, приводятся программа и методика комплексных социально-гигиенических исследований алкоголизма.

Анализ многочисленных литературных источников (отечественных и зарубежных), различных материалов и документов, касающихся медико-социальных аспектов алкоголизма и пьянства, а также обобщенный анализ результатов многолетних исследований алкоголизма на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения II Московского ордена Ленина государственного медицинского института им. Н. И. Пирогова (II МОЛГМИ) дают представление о современном состоянии этой проблемы не только у нас в стране, но и за рубежом.

Первое издание книги (1978) получило многочисленные положительные отзывы специалистов в области социальной гигиены и организации здравоохранения, врачей психиатров-наркологов, а также представителей немедицинских специальностей (социологов, юристов, философов). Отзывы, замечания и пожелания авторы постарались учесть во 2-м издании.

Хотя структура книги практически не изменилась, 2-е издание дополнено новыми данными отечественных и зарубежных авторов о медицинских последствиях алкоголизма, некоторые главы существенно переработаны. В частности, расширена глава «Методы изучения алкоголизма» за счет изложения в ней основных направлений комплексной республиканской программы научных исследований алкоголизма, в разработке которой авторы принимали непосредственное участие.

Значительной переработке подвергнута основная, заключительная, глава книги, посвященная организации борьбы с алкоголизмом в СССР. В ней показаны основные направления и характер государственно-административных и общественных мер борьбы с пьянством и алкоголизмом с учетом последних постановлений партии и правительства, обобщен опыт создания в нашей стране наркологической службы. Новый раздел этой главы посвящен аспектам первичной профилактики алкоголизма. Большое место в нем отводится вопросам пропаганды здорового образа жизни и путям

формирования трезвеннических установок у подрастающего поколения. Особенно актуальны эти вопросы на современном этапе развития нашего общества, когда созданы необходимые материальные и духовные возможности для всестороннего и гармоничного развития личности и утверждения социалистического образа жизни.

Несмотря на существенные дополнения, авторы понимают, что книга не исчерпывает всего многообразия и сложности проблемы алкоголизма. Многие ее аспекты требуют дальнейшей научной разработки, обобщения форм и методов борьбы с алкоголизмом и пьянством и новых обобщающих трудов по данной проблеме.

Авторы с благодарностью примут все замечания и пожелания читателей и учтут их в дальнейшей своей работе.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Значительная распространенность злоупотребления алкоголем, огромный ущерб здоровью населения, экономике, семье и обществу в целом определяют социально-гигиеническое значение этой проблемы, подчеркнутое в постановлениях ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» (1972). Социально-гигиеническое освещение столь сложной народнохозяйственной, государственной, социальной и медицинской проблемы возможно лишь после разработки методики комплексного исследования, доступной и полной классификации злоупотребления алкоголем, выявления особенностей и закономерностей распространения не только алкоголизма, но и пьянства среди отдельных возрастно-половых и социальных групп населения, определения условий и причин злоупотребления алкоголем, экономического и морального ущерба от этого зла, влияния его на здоровье населения, изучения и обобщения опыта борьбы с алкоголизмом и пьянством.

С таких позиций к проблеме подходили Ю. П. Лисицын и Н. Я. Копыт, которые представили результаты не только изучения многочисленных литературных ис-

точников и документов, касающихся медико-социальных аспектов алкоголизма и пьянства, но и опыт многолетнего исследования злоупотребления алкоголем, проводимого авторами и их сотрудниками на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения II МОЛГМИ.

Авторы собрали обширный материал о потреблении алкогольных напитков на душу населения и распространенности больных алкоголизмом по экономически развитым странам мира, проанализировали материалы о заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами и смертности злоупотребляющих алкоголем, обобщили результаты конкретных исследований причин и фактов злоупотребления алкоголем, рассмотрели меры борьбы с этим злом. В книге отражен комплекс социологических, социально-гигиенических, статистических, экономико-организационных методов и подходов к исследованию злоупотребления алкоголем.

На основе комплексной оценки медицинских и социальных критериев злоупотребления алкоголем предложена новая классификация алкоголизма и пьянства и соответствующая методика выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем. Это позволяет идентифицировать «злоупотребление алкоголем», определить степень злоупотребления и его стадию, дифференцировать злоупотребляющих без признаков алкогольной болезни (хронической алкогольной интоксикации) от больных алкоголизмом, что особенно важно для профилактики алкоголизма и определения мер борьбы с ним. Методика выявления и учета лиц, злоупотребляющих алкоголем, одобрена Министерством здравоохранения СССР и применяется в практике работы лечебно-профилактических учреждений.

Конкретные сведения о распространенности злоупотребления алкоголем среди различных возрастно-половых и социальных групп городского населения и промышленных рабочих ориентируют органы здравоохранения на источники и пути выявления лиц, страдающих алкоголизмом.

Подробная социально-гигиеническая характеристика контингента злоупотребляющих алкоголем и специальное изучение причин алкоголизма на группе рабочих позволили установить влияние ряда социально-гигиенических факторов и их совокупности на

возникновение злоупотребления алкоголем и развитие алкоголизма. Первостепенное значение, как отмечено в книге, приобретает установление статистически достоверной связи между злоупотреблением алкоголем и уровнем культуры и образования, взаимоотношениями в трудовом коллективе и семье. Авторы представили в комплексе картину производственных и бытовых факторов, определяющих злоупотребление, начиная с первых шагов приобщения к алкоголю, в том числе взаимоотношения между родителями, условия воспитания, начало самостоятельного и систематического употребления алкогольных напитков, обычаи ближайшего окружения с установкой на злоупотребление алкоголем и др.

При этом охарактеризовано не только влияние этих факторов на возникновение злоупотребления, но и предпринята попытка определить их роль в генезе злоупотребления в различные возрастные периоды. Предложенная схема генеза злоупотребления алкоголем, показывающая порочный круг действия выделенных факторов, не претендует на универсальность, но она может оказать помощь при планировании и проведении противоалкогольных мероприятий.

Большой научный и практический интерес представляют данные о влиянии алкоголя на показатели здоровья населения, основанные на изучении уровня и структуры общей заболеваемости большой группы злоупотребляющих алкоголем. Например, установлено, что среди мужчин, состоящих на учете в наркологическом диспансере по поводу алкоголизма, уровень общей заболеваемости в $1^1/_2$ раза выше, чем этот показатель у взрослого мужского населения. Высокий уровень заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем, установлен по отдельным классам и группам болезней — несчастные случаи и травмы, психические расстройства, туберкулез органов дыхания, венерические болезни, эпилепсия, гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких, болезни печени и др.

Поучительные данные получены в результате изучения причин смерти лиц, злоупотребляющих алкоголем. Обращает на себя внимание, что в структуре причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, несчастные случаи занимают первое место (около 50%). Приводимые в книге сведения о влиянии злоупотреб-

ления алкоголем на здоровье можно широко использовать при проведении противоалкогольной пропаганды и мероприятий по борьбе за снижение заболеваемости и смертности населения.

Влияние злоупотребления алкоголем на здоровье, экономический ущерб от алкоголизма и пьянства подтверждаются также изучением заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих.

На основе изучения материалов Министерства здравоохранения СССР, литературных данных, опыта работы ряда наркологических и других учреждений и результатов собственных исследований в книге показаны основные направления борьбы с алкоголизмом и пьянством. Самые важные среди них — своевременное выявление и учет лиц, страдающих алкоголизмом, и пьяниц и осуществление в отношении них комплекса мер медико-социального воздействия с учетом конкретных факторов, способствующих злоупотреблению алкоголем.

Освещая проблему алкоголизма и пьянства комплексно, с широких социально-гигиенических позиций, авторы совершенно справедливо говорят о необходимости дальнейшего развертывания исследований в рамках разработанного ими направления.

Рекомендуемая вниманию читателей монография — первый серьезный шаг многоаспектного социально-гигиенического освещения проблемы, за ней должны последовать другие обобщающие труды медико-социального характера по вопросам, поднятым авторами и не получившим в ней отражения.

Можно выразить уверенность, что предлагаемая вниманию читателей монография Ю. П. Лисицына и Н. Я. Копыта вызовет интерес не только наркологов, специалистов в области социальной гигиены и организации здравоохранения, но и представителей других дисциплин. Она может быть рекомендована для преподавателей медицинских вузов и училищ, для всех, кому близка проблема исследования, предотвращения и искоренения алкоголизма и пьянства.

Заместитель председателя
постоянно действующей комиссии
по борьбе с алкоголизмом
при Министерстве здравоохранения СССР
Э. А. Бабаян

Глава I

Определение и классификации алкоголизма

О терминологии алкоголизма

Алкоголизм представляет собой сложную медико-социальную проблему. В понятие «алкоголизм» вкладывается не только медико-биологическое, но и социальное содержание. До настоящего времени нет единого общепринятого определения алкоголизма. Более того, отмечается определенная путаница в обозначении основных понятий алкоголизма: «хронический алкоголизм», «алкоголизм», «пьянство», «хроническая алкогольная интоксикация», «алкогольная болезнь», «злоупотребление алкоголем» и т. п., что затрудняет выработку четких диагностических критериев для выявления больных алкоголизмом на ранних стадиях заболевания и разработку мер профилактики.

Некоторые авторы даже считают, что алкоголизм вообще не имеет определенной клинической картины и диагностических критериев, поскольку он связан, с одной стороны, с различными психическими аномалиями и антиобщественным поведением, а с другой — с разнообразными соматическими и патофизиологическими сдвигами. Не случайно в литературе, особенно популярной, термином «алкоголизм» означают всякое неумеренное употребление спиртных напитков.

Различные толкования алкоголизма в известной степени объясняются многообразием форм злоупотребления алкогольными напитками, в связи с чем «казалось бы, точные определения алкоголизма охватывают только часть случаев и оказываются непригодными для установления алкоголизма у других лиц. Это приводит к тому, что из поля зрения выпадают случаи алкоголизма, требующие активного вмешательства общественности, семьи, медицинского персонала» [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1973].

Чтобы дать правильную трактовку терминов, обозначающих злоупотребление алкоголем («пьянство», «хронический алкоголизм», «алкоголизм» и др.), следует рассмотреть эволюцию этих понятий в историческом аспекте. Упоминание о пьянстве как болезненном явлении содержится в трудах Гиппократа и Галена. Однако научный подход к клинике алкогольной патологии возник лишь в начале XIX века. В 1804 г. вышла одна из первых серьезных работ по алкоголизму — книга английского врача Томаса Троттера «О пьянстве и его влиянии на человеческое тело», в которой впервые понятие «пьянство» употребляется не в традиционном нравственном и социальном (распущенность, неумеренность и т. п), а в биологическом (болезнь) смысле.

Одним из первых отечественных ученых, который привел наиболее полное описание клиники алкоголизма, был московский врач К. М. Бриль-Крамер. В труде «Запой и лечение оного» (1819) он писал, что обусловленное нравственными причинами пьянство в ряде случаев переходит в приступы запоя, которые следует рассматривать как болезненное явление, «сие зло основывается на патологических законах, врачебному искусству не чуждых, следовательно, есть физическая болезнь».

В этой и других работах, появившихся в начале прошлого века, была, хотя и не совсем отчетливо, сформулирована мысль о патологическом влечении к алкоголю как признаке перехода обычного пьянства в болезненное состояние. Однако классическое определение хронического алкоголизма как совокупности последствий хронической интоксикации появилось в середине XIX века после опубликования в 1849 г. классического труда М. Гусса «Хронический алкоголизм, или хроническая алкогольная болезнь». М. Гусс рассматривал это заболевание как вызванное злоупотреблением спиртными напитками и выражающееся соответствующими изменениями в нервной системе. Это определение долго господствовало на страницах учебников и руководств по психиатрии и на протяжении более полувека не подвергалось каким-либо существенным изменениям.

Так, С. С. Корсаков в курсе психиатрии (1913) пишет: «Хронический алкоголизм — это совокупность

расстройств, вызванных в организме повторным, чаще всего долговременным употреблением спиртных напитков». Наряду с понятием «хронический алкоголизм» С. С. Корсаков пользуется понятием «пьянство», рассматривая его не только как причину всех расстройств, относимых к хроническому алкоголизму, но и считая, что «само по себе пьянство является в большинстве случаев болезнью, притом весьма тяжелой». А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1973) считают, что пьянство как болезнь, по С. С. Корсакову, есть не что иное как «продром хронического алкоголизма».

Отдельные исследователи при рассмотрении хронического алкоголизма обращают внимание на его социальный аспект. Так, M. Bleuler (1955) относил к хроническим алкоголикам тех людей, которые, употребляя спиртные напитки, причиняют себе вред в соматическом, психическом и социальном отношениях. Н. В. Канторович (1954) считает хроническими алкоголиками людей, у которых в результате систематического или спорадического злоупотребления спиртными напитками развилось влечение к алкоголю, произошло нарушение трудоспособности, семейных отношений, физического или психического здоровья. W. Mayer-Gross, E. Slater, M. Roth (1954) в руководстве по психиатрии пишут, что хронический алкоголизм — привычка к поглощению алкогольных напитков в таких количествах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе и нарушению семейной и общественной жизни или к расстройству физического и психического здоровья.

Однако социологическая трактовка концепции «хронического алкоголизма» в отличие от «алкоголизма» не получила большого распространения. Термин «хронический алкоголизм» используется в основном клиницистами для обозначения своеобразных изменений психического и физического состояния индивидуума, нарушений здоровья, возникающих на основе длительного злоупотребления алкогольными напитками. Несовершенство этого термина побуждает клиницистов искать другие определения, точнее отражающие сущность этого явления. Так, например, желая выделить патогенетический фактор в развитии болезни, И. В. Стрельчук (1967) пользуется термином «хроническая интоксикация алкоголем». А. Н. Зимин (1959)

на основании абстинентного синдрома в клинике алкоголизма предлагает термин «алкогольная наркомания». Существуют и другие синонимы термина «хронический алкоголизм»: «алкогольная болезнь» (Lecog, 1957), «этилизм» (Kammerer, 1955).

Понятие «хронический алкоголизм» в какой-то мере предполагает существование противоположного определения «острый алкоголизм», который, кстати, широко используется в зарубежной литературе для обозначения патологического опьянения или отдельных проявлений хронического алкоголизма (алкогольный психоз, амнезии и др.).

Существует и чисто терминологический аспект вопроса. Ditmer (1932), А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973) считают, что обозначение «хронический» излишне, поскольку суффикс «изм» в слове «алкоголизм» уже говорит о постоянстве страдания (аналогично: «морфинизм», «кокаинизм» и др.).

По смысловому содержанию, с точки зрения ряда отечественных и зарубежных авторов, более предпочтителен термин «алкоголизм». Это связано главным образом с убеждением, что сущность данного заболевания не ограничивается теми соматическими и психическими изменениями, которые со времен М. Гусса рассматривались как основные признаки хронического алкоголизма.

Термин «алкоголизм» является более широким и в то же время менее определенным в клиническом аспекте по сравнению с «хроническим алкоголизмом». Во многих работах термином «алкоголизм» обозначают группу проблем, связанных с употреблением алкоголя. Например, члены Комитета экспертов ВОЗ предлагают понимать под алкоголизмом «любую форму потребления алкоголя, которая превышает традиционную и принятую в обществе «пищевую» норму или выходит за рамки социальных привычек данного общества, каковы бы ни были этиологические факторы этого явления и их природа» [1].

В БМЭ дается определение алкоголизма в широком социальном смысле, как «неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее вредное влияние на

[1] Алкоголизм — это болезнь.— Здоровье мира, ВОЗ, 1973, № 9—10, с. 24.

здоровье, быт, труд и благосостояние общества», и в узкомедицинском смысле, как «заболевание, наступающее в результате частого неумеренного потребления спиртных напитков и болезненного пристрастия к ним»[1]. Соглашаясь с определением алкоголизма в социальном аспекте, нельзя, однако, полностью принять его медицинское толкование, так как «болезненное пристрастие» само по себе есть одно из проявлений алкогольной болезни.

В 3-м издании БМЭ дано более конкретное определение понятия «алкоголизм» как «совокупности патологических изменений, возникающих в организме под влиянием длительного, неумеренного употребления алкоголя»[2], т. е. подчеркивается узкомедицинское (клиническое) содержание этого термина. Здесь же говорится, что изучение социальных аспектов неумеренного употребления алкоголя, в частности его вредных последствий для общества, привело к более широкому толкованию понятия «алкоголизм». С целью дифференциации узкомедицинского и социального содержания термина «алкоголизм» предлагается обозначать прием спиртных напитков (независимо от количества и распространенности) термином «алкоголизация».

Ряд исследователей, особенно зарубежных (E. Jellinek, B. Ivy, M. Keller, M. Sherfey и др.), в определениях алкоголизма справедливо подчеркивают социальный аспект проблемы (нарушение поведения, психологические и общественно-экономические последствия злоупотребления алкоголем), однако они не заостряют внимания на медико-биологической стороне вопроса. M. Keller (1964) считает, что алкоголизм есть хроническое расстройство поведения, выражающееся в регулярном употреблении спиртных напитков сверх принятых в обществе норм и в таких количествах, которые причиняют ущерб как здоровью человека, злоупотребляющего алкоголем, так и его социальной или экономической деятельности. Подчеркивая социальный характер пагубной привычки к алкоголю, H. Levine (1978) отмечает, что современные представления поз-

---

[1] Дейчман Э. И. Алкоголизм.— БМЭ, 2-е изд., т. 1, с. 725.
[2] Пятницкая И. Н., Сточик А. М. Алкоголизм.—БМЭ, 3-е изд., т. 1, с. 731.

волили выдвинуть понимание алкоголизма как болезни, известной ранее как привычное пьянство.

В последние годы в международных публикациях намечается тенденция заменять термин «алкоголизм» понятием «зависимость от алкоголя». Это явилось результатом работы Комитета экспертов ВОЗ по лекарственным средствам, вызывающим привыкание, который ввел термин «зависимость от наркотических средств». Алкоголь был включен в число лекарственных средств, вызывающих такую зависимость. В частности, на заседании Комитета экспертов в 1966 г. было рекомендовано при планировании национальных программ обращать внимание «одновременно на зависимость от алкоголя и от других наркотических средств». Эксперты ВОЗ характеризуют алкоголиков как «лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, чья зависимость от алкоголя достигла такой степени, что вызвала заметные психические нарушения или повлияла на их физическое и психическое здоровье, взаимоотношения с окружающими или на их социально-экономические функции»[1]. Эта формулировка слишком общая и может быть применена к любой наркомании. А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973) уточняют эту зависимость, характеризуя ее как синдром наркоманической алкогольной зависимости, в течение которого наступают специфические соматические, нервно-психические расстройства и возникают социальные конфликты. Э. А. Бабаян (1978) считает, что алкогольные напитки не могут признаваться наркотическими, а алкоголизм не может быть отнесен к «наркомании». При этом автор подчеркивает, что «отличие алкогольных напитков от наркотических средств и алкоголизма от наркомании более глубокое, чем отличие наркомании от токсикомании. Если последние отличаются только с юридических и социальных позиций, то алкоголизм от наркомании отличается, кроме того, и рядом медицинских позиций»[2]. В 1976 г. утвержден глоссарий

[1] Проблемы алкоголизма и планирование национального здравоохранения в программах ВОЗ.— Хроника ВОЗ, 1973, т. 27, № 8, с. 389.

[2] Бабаян Э. А. Наркологическая служба и организация лечения больных алкоголизмом и токсикоманиями.— В кн.: Тезисы докладов 2-й Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и наркоманий. М., 1978, с. 13.

«Стандартизированные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов», который позволяет правильно применять такие термины, как «наркомания», «токсикомания», «алкогольные напитки» и «наркотические средства» с медицинских, юридических и социальных позиций.

Хотя трактовка алкоголизма как типичной токсикомании многими специалистами оспаривается, тем не менее некоторые авторы, в частности зарубежные [Santomaria J., 1972; Eberman H., 1974], продолжают доказывать ее достоверность и считают, что между алкоголизмом и токсикоманиями существует прямая нозологическая аналогия. Отмечая влияние экономических, социальных, культурных и географических факторов на развитие алкоголизма, они подчеркивают, что патогенез алкоголизма в этом смысле сходен с патогенезом и путями развития других токсикоманий. По их мнению, алкоголизм есть состояние невозможности обходиться без алкоголя. Этим он отличается от состояний самого сильного опьянения, после которого человек не испытывает необходимости повторно приводить себя в то же состояние [Ammar S., 1972].

Советские психиатры (В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, Д. Д. Федотов и др.) рассматривают алкоголизм как заболевание, которое вызывается систематическим потреблением алкогольных напитков и характеризуется патологическим влечением к ним, приводящим к психическим и соматическим расстройствам и нарушающим социальные отношения индивидуума. Хронический алкоголизм, с их точки зрения, представляет развернутую стадию алкоголизма, характеризующуюся физической зависимостью, в основе которой лежит клинически сформировавшийся абстинентный синдром. При хроническом алкоголизме более явственно выступают остальные диагностические признаки болезни (изменение толерантности, амнестические формы опьянения и др.) и социальная деградация личности. При такой трактовке термины «алкоголизм» и «хронический алкоголизм» взаимно не исключают друг друга, а, напротив, более четко их разграничивают. В частности, термин «хронический алкоголизм» подчеркивает медицинский аспект алкоголизма как далеко зашедшего заболевания, когда при наличии

абстинентного синдрома появляется такая классическая симптоматика, как соматоневрологические, интеллектуальные, эмоционально-волевые и, наконец, морально-эстетические последствия длительного и частого употребления алкоголя.

Следовательно, об алкоголизме целесообразно говорить как о «клинически четком и утверждающем историческую преемственность во взглядах понятий» [Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1973]. Алкоголизм развивается на основе неумеренного систематического потребления алкогольных напитков, т. е. пьянства.

В популярной и научной литературе довольно широко употребляются синонимы термина «пьянство»: «бытовой алкоголизм», «привычное пьянство», «бытовое пьянство», «алкоголизация», «бытовое употребление алкоголя» и др. В большинстве случаев под этими терминами подразумевается злоупотребление алкоголем с явлениями асоциального поведения, но еще без признаков психической и физической зависимости от алкоголя, т. е. без признаков болезни. При «бытовом пьянстве», как отмечает И. В. Стрельчук (1973), отсутствует патологическая тяга к алкоголю, утрата контроля, абстинентный синдром и другие симптомы, свойственные хроническому алкоголизму. Такие люди в любое время могут прекратить употребление алкогольных напитков. Нам представляется, что такое злоупотребление алкогольными напитками правильнее обозначать просто термином «пьянство» без всяких прилагательных, чтобы не вносить путаницы. Если допускать правомерность таких выражений, как «бытовой алкоголизм», «бытовое пьянство» и др., то следует предполагать существование противоположных понятий: «производственный алкоголизм», «производственное пьянство» и др., что выглядит явно надуманным.

Таким образом, и в основе пьянства, и в основе алкоголизма (заболевания на разных стадиях его проявления) лежит злоупотребление алкоголем, которое можно трактовать в широком социальном смысле как неумеренное систематическое употребление алкогольных напитков, сопровождающееся асоциальным поведением индивида, следствием чего являются приводы в милицию, доставка в медицинский вытрезвитель, нарушение трудовой дисциплины, конфликты в семье и т. п.

Злоупотребление алкоголем при алкоголизме носит более выраженный характер по сравнению с обычным пьянством, а лица, злоупотребляющие алкогольными напитками, имеют начальные или выраженные признаки алкогольной болезни.

Диагностические критерии и классификации алкоголизма

Противоречивость в толковании терминов алкоголизма, сложность и многосторонность этой проблемы затрудняют выработку единых четких критериев для разграничения пьянства и алкогольной болезни и заставляют отечественных и зарубежных исследователей продолжать поиски различных диагностических критериев алкоголизма и предлагать различные классификации этого заболевания. Еще труднее дифференцировать пьянство как неумеренное потребление алкогольных напитков от «умеренного» потребления алкоголя.

Где кончается так называемое умеренное или традиционное употребление алкоголя и начинается злоупотребление им (пьянство), приводящее к пристрастию (алкоголизм) с последующей развернутой картиной хронического алкоголизма? Этот вопрос имеет не только важное медико-социальное, но и юридическое значение (принудительное лечение и т. д.). Иными словами, кого относить к категории злоупотребляющих алкоголем в широком смысле этого слова и на основании каких критериев? Существующие определения и классификации алкоголизма не дают исчерпывающего ответа на этот вопрос. «По вопросам классификации алкоголизма и алкогольных психозов до настоящего времени не достигнуто единство взглядов» [Лукомский И. И., 1974].

Рассмотрим с медико-социальных позиций некоторые критерии и современные классификации алкоголизма, в которых сделана попытка определить границы злоупотребления алкоголем.

Известный древнеримский философ Сенека в одном из своих трудов писал: «Посейдон утверждает, что слово „пьяный" употребляется в двух отношениях: в одном случае о человеке, накачавшемся вином и потерявшем контроль над собой, а в другом случае о чело-

веке, который привык напиваться и стал рабом этой привычки. Вы, конечно, признаете, есть большая разница между человеком, который пьян, и пьяницей. Тот, который в настоящий момент пьян, может быть в этом состоянии впервые и может не иметь такой привычки, тогда как пьяница не часто бывает свободен от опьянения» [цит. по Стрельчуку И. В., 1971]. Уже в глубокой древности пытались проводить границу между случайным опьянением и пьянством как привычкой, как болезнью.

Описание алкоголизма в классических руководствах [Корсаков С. С., 1913; Осипов В. П., Рыбаков Ф. Е., 1917; Kraepelin, 1927, и др.] начинается с развернутых форм болезни. При описании алкоголизма подчеркивают значение отдельных диагностических признаков, таких, как снижение толерантности, появление амнестических форм опьянения, наличие синдрома похмелья и пр. [Розенштейн Л. М., 1916; Гиляровский В. А., 1935; Жислин С. Г., 1935; Гуревич М. О., 1949; Стрельчук И. В., 1956; Молохов А. Н., Рахальский Ю. Е., 1959; Портнов А. А., Федотов Д. Д., 1965, и др.]. Так, С. Г. Жислин (1935) считает, что основным диагностическим критерием хронического алкоголизма является психопатологический и соматовегетативный симптомокомплекс похмелья, в котором «заведомо заключаются симптомы хронического алкоголизма».

В других исследованиях в качестве основного диагностического критерия начала болезни избирается какой-либо один признак: непрерывность действия алкоголя [Родионов С. М., 1934]; определение процента калорий, поступающих с принимаемым алкоголем, по отношению к общей калорийности пищи [Marconi J., 1959, и др.]; частое употребление больших количеств алкоголя с нанесением вреда себе и окружающим [Mayer-Gross W., Slater E., Roth M., 1954; Wilson G., 1974, и др]. Так, С. М. Родионов (1934) видит между алкоголизмом и пьянством лишь количественную разницу, относя к алкоголизму все случаи продолжительного пьянства. S. Ammar (1972) утверждает, что организм человека сравнительно хорошо переносит суточную дозу алкоголя 1 г/кг массы тела при условии ее приема с достаточным количеством пищи. При превышении этой дозы, по мнению автора, в организме за-

держивается разрушение алкоголя, возрастает содержание в крови промежуточных продуктов распада алкоголя (ацетальдегид и производные виноградной кислоты), что ведет к поражению печени, почек, миокарда, головного мозга и других органов и систем. По данным A. Plendl (1979), организм взрослого человека с массой 60—80 кг способен усвоить 146—195 г алкоголя в день. Ежедневное употребление в таких дозах алкоголя, по мнению автора, представляет критический предел опасности развития алкоголизма в зависимости от индивидуальных особенностей организма. G. Wilson (1974) считает, что у каждого страдающего алкоголизмом можно обнаружить три характерные черты: употребление алкоголя в больших количествах; соматические и эмоциональные расстройства или социальные проблемы, связанные с пьянством; потеря самоконтроля.

Эти критерии, так же как и многие другие (характер опьянения, распределение приемов алкоголя по времени и т. д.), взятые в отрыве от особенностей личности, конкретных социальных условий и клинических данных, не представляют диагностической ценности для установления начала злоупотребления алкоголем.

В ряде работ сообщается о признаках, которые отражают изменения черт личности алкоголиков [Bates R., 1963; Maxwell M., 1966] и появляются на более поздних этапах заболевания, а поэтому не имеют существенного значения для определения начала болезни.

Определенный интерес представляют работы, специально посвященные изучению начальных стадий алкоголизма [Бориневич В. В., Пятницкая И. Н., 1959; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1971, 1973; Шаламайко Ю. В., 1975; Пятницкая И. Н., Иванов В. И., 1980]. Чтобы вовремя распознать болезнь и оценить глубину патологии, по мнению А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой (1971), «необходимо оперировать не одним, не двумя, а многими биологическими критериями... Очень важным является динамический принцип оценки отдельных признаков... Только наличие алкогольного наркоманического синдрома и его динамическая оценка позволяют нам отделить бытовую алкоголизацию, даже если в течение алкоголизма не развились еще соматоневрологические осложнения». При этом под-

черкивается, что субъективная оценка отдельных симптомов в начале алкоголизма нередко приводит к ошибочным диагнозам астенического синдрома, психопатии и других заболеваний нервной системы.

Комплексная оценка начальных признаков алкоголизма (синдромов измененной реактивности и психической зависимости), как отмечают И. Н. Пятницкая и В. И. Иванов (1980), повышает достоверность диагноза, однако не уточняет «границы между злоупотреблением и болезнью». Авторы считают, что начальная граница болезни выступит рельефнее, если будет введено понятие продрома алкоголизма. Признаками продрома, по мнению авторов, являются попытка самоконтроля за злоупотреблением алкоголя и дисхроноз (нарушение физиологических ритмов организма).

Ряд исследователей указывают на необходимость более широкого использования социальных критериев для диагностики алкоголизма. Так, В. М. Пахомов (1960), В. М. Банщиков (1971), Г. М. Энтин (1972) и др. отмечают, что такой ранний признак становления алкоголизма, как ситуационно объяснимое учащение приема алкоголя, сопровождающееся нарушениями общественного порядка и трудовой дисциплины, как правило, выпадает из поля зрения врачей. Через медицинские вытрезвители проходят лица, явно злоупотребляющие спиртными напитками. Среди них имеются и больные алкоголизмом.

Современные классификации отражают те или иные диагностические критерии (клинические, психологические, социальные и др.) и систематизируют формы и стадии алкоголизма, базируясь в основном на течении и качественных характеристиках алкоголизма. Рассмотрим некоторые из них.

За рубежом наиболее распространены классификации E. Jellinek, B. Ivy, M. Sherfey; в их основе лежит систематичность употребления алкоголя и его количество. Заслуживает определенного внимания классификация канадского нарколога E. Jellinek, утвержденная в 1954 г. специальной подкомиссией при ВОЗ и принятая в большинстве зарубежных стран. В развитии алкоголизма автор выделяет четыре периода или фазы:

1. *Симптоматическое пьянство, или предалкогольная фаза.* Употребление спиртных напитков в этой фа-

зе всегда мотивировано. Каждый эксцесс совпадает с конкретным внешним поводом, однако уже наблюдается повышение толерантности, начинаются алкогольные амнезии.

2. *Продромальная фаза.* Началом этой фазы является первая алкогольная амнезия. На этом этапе течения болезни алкогольные напитки становятся как бы лекарством, с помощью которого больные избавляются от сильного влечения к алкоголю. Возникает постоянная, почти навязчивая мысль об алкоголе. Наблюдается переход на систему скрытого пьянства, признак поспешного опрокидывания первой рюмки, стремление «опередить круг». Алкогольные напитки становятся потребностью и принимаются в больших количествах.

3. *Круциальная, или критическая, фаза.* Ее кардинальным признаком является симптом утраты контроля после первой рюмки. Алкогольный эксцесс, как правило, оканчивается тяжелой формой опьянения. Больные бросают работу, порывают с друзьями. Все интересы сосредоточены только на приобретении спиртных напитков. На этой стадии возникают конфликты в семье, в ряде случаев заканчивающиеся разрывом брачных отношений. В числе симптомов критической фазы выступают угасание полового влечения, бредовые идеи ревности и пр. К концу критической фазы больной переходит на утренний прием спиртного, обычно вскоре после сна. Прием алкоголя в малых дозах повторяется через каждые 2—3 ч. Большие дозы алкоголя больные принимают после 17 ч.

4. *Хроническая фаза.* Основные симптомы: утренние выпивки, длительные запои, открытый конфликт с социальной средой (больной не скрывает своего пьянства), общение с людьми, которые стоят на более низком культурном уровне, прием алкогольных суррогатов. На этой фазе утрачивается толерантность к алкоголю. Чтобы вызвать опьянение, больному достаточно половины прежней дозы.

Данная классификация, неплохо отражая динамику злоупотребления алкоголем, на наш взгляд, более пригодна для теоретических исследований, нежели для практического применения (первые две фазы). Ни в первой, ни во второй фазе в этой классификации по существу нет «осевого» симптома, который можно было бы достаточно четко зарегистрировать при массо-

вых обследованиях, а скрыть указанные E. Jellinek симптомы чрезвычайно легко (повышение толерантности, первая амнезия, скрытое пьянство, стремление «опередить круг» и т. д.). Симптомы утраты контроля (круциальная фаза) зарегистрировать гораздо легче, хотя и это представляет порой определенные трудности.

M. Sherfey (1953) выделяет несколько типов употребления алкогольных напитков или пьянства:

1) умеренное, социально допустимое (по торжественным поводам при нормальном поведении в состоянии опьянения);

2) тяжелое «социальное» употребление, связанное с какими-либо поводами; пьянство здесь является серьезной помехой в жизненном приспособлении человека;

3) чрезмерное пьянство, когда алкоголь поглощается часто и в больших количествах без каких-либо поводов, но при сохранении социальных функций. На этой стадии возможен самостоятельный отказ от алкоголя;

4) хронический алкоголизм — собственно заболевание.

Несмотря на социальный подход к выделению указанных типов пьянства, между ними не установлена четкая граница. Автор пренебрегает другими диагностическими критериями и по существу не предусматривает динамики процесса.

Близко к этой системе стоит классификация B. Ivy (1957), согласно которой лица, употребляющие алкоголь, делятся на: 1) случайно пьющих; 2) умеренно употребляющих алкоголь (в среднем 3 раза в неделю); 3) привычных пьяниц (пьют ежедневно); 4) злоупотребляющих алкоголем (пьют постоянно и много); 5) страдающих алкогольной наркоманией (с явлениями психической и физической зависимости от алкоголя); 6) больных хроническим алкоголизмом с тяжелыми нарушениями в соматической и психической сфере. Только последние три группы автор относит собственно к алкоголизму.

Хотя эти классификации отражают в общих чертах социальные и клинические признаки злоупотребления алкоголем, в них не учтено значение ряда диагностических биологических признаков, имеющих определен

ную органическую связь со стадией алкоголизма [Портнов А. А., И. Н. Пятницкая, 1973].

В последних работах E. Jellinek (1962) приводит несколько иную систематику, в которой учитываются три основных фактора: а) этиологические элементы (психологические, физиологические, социально-культурные и экономические) различных видов алкоголизма; б) элементы алкогольного процесса (толерантность, характер зависимости от алкоголя и др.); в) тип ущерба, причиняемого употреблением спиртных напитков. Комбинации этих трех факторов и создают различные варианты болезни. В частности, E. Jellinek выделяет пять видов алкоголизма:

1. *Альфа-алкоголизм.* Имеется психическая уязвимость. Причиной употребления алкоголя служит стремление облегчить телесную или душевную боль. Отмечается приобретенная толерантность к алкоголю. Процесс мало прогрессирует в том смысле, что нет больших изменений в психологическом и социальном поведении. Возможен социально-экономический ущерб больному и окружающим.

2. *Бета-алкоголизм.* При этой форме алкоголизма спиртные напитки употребляются часто, в основном в связи с обычаями (пьянство по выходным дням), отсутствует психологическая и физическая зависимость от алкоголя. Болезнь не прогрессирует. Могут быть асоциальные поступки, в результате увеличивается количество арестов и других мер пресечения.

При альфа- и бета-алкоголизме индивидуум не теряет контроля над количеством употребляемых спиртных напитков.

3. *Гамма-алкоголизм.* Сопровождается психологической и физической зависимостью от алкоголя. При этой форме процесс отчетливо прогрессирует — возникают изменения психологического и социального поведения, возможно появление хронических алкогольных заболеваний. Данная форма алкоголизма наиболее распространена в северных странах.

4. *Дельта-алкоголизм.* Физическая зависимость от алкоголя, позднее присоединяется психическая. Индивидуум не способен воздержаться от алкоголя более суток, однако контроль над количеством спиртного сохранен. Алкогольный процесс неотчетливо прогрессирует, отражаясь на психологическом и социальном по-

ведении. Этот вид алкоголизма преобладает в странах с развитым виноградарством (Франция, Италия и др.).

5. *Эпсилон-алкоголизм.* Периодическое пьянство. Четкую характеристику автор затрудняется дать, однако отмечает, что эта форма злоупотребления сопровождается тяжелыми алкогольными осложнениями.

Критерии, используемые E. Jellinek для определения алкоголизма, несмотря на дифференцированность, в большинстве случаев (психологическая и физиологическая уязвимость, социально-культурные и экономические элементы) расплывчаты, нечетки и могут пониматься врачами по-разному. В систематике E. Jellinek отсутствует такой важный момент, как динамика клинических проявлений алкоголизма. И. В. Стрельчук (1973) считает, что из пяти видов алкоголизма только два — гамма и дельта — можно отнести к хроническому алкоголизму.

Из классификаций, предложенных отечественными авторами, следует рассмотреть классификации И. В. Стрельчука (1966, 1973), В. М. Банщикова, Ц. П. Короленко (1968, 1973), Г. М. Энтина (1970), А. А. Портнова, И. Н. Пятницкой (1973), которыми пользуются в психиатрической практике.

В последней своей классификации алкоголизма (1973) И. В. Стрельчук выделяет:

1. *Бытовое употребление и злоупотребление алкоголем:* а) умеренное эпизодическое или систематическое употребление алкоголя в быту; б) эпизодическое злоупотребление алкоголем; в) острое отравление или острая интоксикация алкоголем легкой, средней и тяжелой степени; алкогольная кома.

2. *Патологические реакций на алкоголь:* а) осложненное алкогольное опьянение; б) патологическое опьянение; в) алкогольный автоматизм.

3. *Хроническая интоксикация алкоголем (хронический алкоголизм, алкогольная наркомания):* а) начальная, легкая (I, компенсированная) стадия; б) средняя (II, субкомпенсированная) стадия; в) тяжелая (III, декомпенсированная) стадия.

4. *Алкогольные органические поражения центральной и периферической нервной системы* (энцефалопатия, мозжечковая атаксия, миопатия, полиневрит и др.).

5. *Алкогольная эпилепсия.*

6. *Дипсомания.*

7. *Алкогольная дисфория.*

8. *Хроническая алкогольная интоксикация в сочетании с другими нервно-психическими заболеваниями* (травматические и органические поражения головного мозга, шизофрения, неврозы, эндокринопатии и др.).

9. *Алкогольные психозы* (белая горячка, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, корсаковский психоз).

Классификация И. В. Стрельчука предусматривает различные варианты и формы бытового употребления алкоголя, острой и хронической алкогольной интоксикации, алкогольных заболеваний. Практическую ценность для психиатров представляет 3-й раздел классификации, где дается характеристика собственно алкоголизма как хронического заболевания, раскрываются основные синдромы, характеризующие первую, вторую и третью стадии болезни.

Желая подчеркнуть роль пьянства в развитии хронического алкоголизма, И. В. Стрельчук в своей классификации выделяет такую форму алкоголизации, как «бытовое употребление и злоупотребление алкоголем», которая предшествует хронической алкогольной интоксикации. К бытовой алкоголизации автор относит как случаи умеренного употребления алкогольных напитков, когда здоровые люди выпивают в выходной день или на семейных торжествах бокал виноградного вина или рюмку водки, так и случаи эпизодического злоупотребления алкоголем, когда люди напиваются до тяжелых степеней опьянения.

Очень обстоятельно и полезно с точки зрения диагностики и лечения рассматривает в своих работах И. В. Стрельчук вопрос острой алкогольной интоксикации. Однако относить ее в предложенной им классификации к формам бытовой алкоголизации (1-й раздел) вряд ли уместно, поскольку острое отравление алкоголем является состоянием организма, которое зависит от количества и качества принятого алкоголя, а также от индивидуальной реакции на него и это состояние может наблюдаться как при эпизодическом, так и при систематическом злоупотреблении алкоголем, т. е. при хроническом алкоголизме.

Что касается таких форм алкогольной патологии, как алкогольная эпилепсия, дипсомания, алкогольные

психозы и др., то их не следовало, как считают А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973), выделять в самостоятельный вид, поскольку они являются одним из возможных проявлений основного заболевания алкоголизмом.

В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко (1973), взяв за основу классификацию алкоголизма, предложенную E. Jellinek, дополнили ее новыми формами. Они выделяют следующие формы алкоголизма:

1. *Альфа-алкоголизм* — форма с психологической зависимостью от алкоголя. Алкоголь употребляется с целью снять эмоциональное напряжение, избавиться от чувства стеснения и неприятных переживаний, отвлечься от конфликтной ситуации и вызвать состояние эйфории. При этой форме обычно наблюдается тенденция к учащению выпивок, которые становятся все более привычными. Потери контроля, повышения толерантности, физической зависимости не бывает. Социальные последствия этой формы ограничиваются нарушениями межличностных отношений — семейных и производственных.

2. *Гамма-алкоголизм* — форма с физической зависимостью от алкоголя и потерей контроля за количеством употребляемых спиртных напитков. Потеря контроля является главной характеристикой гамма-алкоголизма. Этой форме свойственно возникновение абстинентного синдрома. При гамма-алкоголизме резко выражены социальные последствия — ухудшение общественного и материального положения.

3. *Дельта-алкоголизм* — форма с физической зависимостью от алкоголя. Регулярный прием индивидуально различных доз алкоголя, не вызывающих выраженного опьянения. В связи с формированием абстинентного синдрома возникает потребность все время находиться в состоянии легкого опьянения. Однако способность контролировать количество принятого алкоголя в каждом отдельном случае сохраняется. Сравнительно длительная социальная сохранность личности.

4. *Эпсилон-алкоголизм* — злоупотребление алкоголем при этой форме сопровождается потерей контроля, характерной для гамма-алкоголизма. «В то же время после алкогольного эксцесса симптом потери контроля не устанавливается и употребление алкогольных

напитков полностью контролируется, не отличаясь от таковых у здоровых».

5. *Дзета-алкоголизм* — форма с физической зависимостью, с частым, но не регулярным приемом алкогольных напитков в дозах, вызывающих выраженное опьянение. Выпивки часто ограничиваются дозами, не вызывающими потери контроля. Социальные последствия при этой форме бывают различными — от нарушения межличностных отношений до резкого ухудшения общественного и материального положения.

6. *Эта-алкоголизм* — форма с психологической зависимостью. Употребление алкоголя замаскировано расширенными и утрированными традициями. Алкогольные эксцессы возникают без четко определяемой пациентом мотивации и внешне выступают как проявление алкогольных традиций. В этих случаях любые развлечения, отдых сопровождаются выпивкой в качестве обычной формы общения между людьми, она становится способом установления деловых и личных контактов. Употребление алкоголя во многом мотивировано стремлением к удовольствию от совместного проведения времени в состоянии опьянения. Отмечаются отрыв от реальности, тенденция к непродуктивному, бесплодному фантазированию.

7. *Тэта-алкоголизм* — полинаркоманическая форма, в настоящее время сравнительно редкая. Возникает физическая и психологическая зависимость от алкоголя, его суррогатов и других веществ с наркотическими свойствами — преимущественно барбитуратов. Социальные последствия значительны и связаны с выраженным изменением личности по наркоманическому типу.

8. *Йота-алкоголизм* проявляется постоянным приемом алкогольных напитков для устранения навязчивых страхов и других длительных невротических и неврозоподобных симптомов, в том числе импотенции. Зависимость от алкоголя долго остается психологической. Социальные последствия выражаются ухудшением материального положения, в ряде случаев — нарушением семейных взаимоотношений.

В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко (1968) выделяют три последовательные стадии алкоголизма.

I — церебрастеническая, определяется постепенным формированием церебрастенического алкогольного

синдрома. Психические расстройства в этой стадии ограничиваются некоторым затруднением концентрации внимания, быстрой истощаемостью, слабодушием, нестойкими головными болями, снижением работоспособности;

II — энцефалопатическая, характеризуется развитием энцефалопатического синдрома, который проявляется нарушением способности к запоминанию, расстройствами эмоциональной сферы в виде повышенного настроения, раздражительностью, взрывчатостью, снижением высших эмоций, интеллекта, прежде всего страдают творческие способности;

III — частичное слабоумие, развивается по мере углубления расстройств, свойственных энцефалопатической стадии, и связано с длительным злоупотреблением алкоголем. Психические изменения проявляются в частичном снижении интеллекта, неспособности к творческой работе, утрате высших эмоций, морально-этических нарушениях.

Классификация В. М. Банщикова, Ц. П. Короленко подкупает своей дифференцированностью, однако диагностические критерии форм и стадий алкоголизма в ней выражены недостаточно четко. Авторы учли тенденцию к определенному сочетанию форм и стадий алкоголизма, однако формы алкоголизма, с одной стороны, независимы друг от друга, а с другой стороны, их трудно разграничить. Психологическая зависимость от алкоголя — ведущий признак условно ненаркоманических форм (альфа, эта, йота) алкоголизма, лишена диагностической четкости. С практической же точки зрения заслуживает внимания разделение алкоголизма на две основные группы: 1) условно ненаркоманические формы с явлениями психологической зависимости от алкоголя; 2) наркоманические формы с явлениями физической зависимости.

В 1970 г. Г. М. Энтин предложил следующую классификацию алкоголизма и алкогольных психозов:

I. *Начальная стадия алкоголизма:* а) случайное (эпизодическое) пьянство; б) привычное (постоянное) пьянство.

II. *Хронический алкоголизм:* а) «перемежающееся» пьянство; б) постоянное пьянство; в) запойное пьянство с явлениями или без явлений деградации личности.

III. *Хронический алкоголизм в исходной стадии:* а) постоянное пьянство; б) циклические запои с явлениями деградации личности.

IV. *Алкогольные психозы.*

Эта классификация при дифференциации алкоголизма учитывает систему злоупотребления алкоголем. Однако в классификации отсутствует четкая граница между понятиями «привычное пьянство», «перемежающееся пьянство», «постоянное пьянство» и др. С нашей точки зрения нельзя относить случайное (эпизодическое) пьянство к начальной стадии алкоголизма. Кроме того, классификация не включает в себя другие диагностические критерии, поэтому она не нашла практического применения. По мнению Г. М. Энтина, «наиболее частой формой злоупотребления алкоголем, предшествующей развитию алкоголизма, является случайное, или эпизодическое, пьянство. При этом употребляют обычно крепкие спиртные напитки в дозах, вызывающих выраженное состояние опьянения». Этим в общем-то правильным утверждением автор противоречит себе, когда относит случайное (эпизодическое) пьянство к начальной стадии алкоголизма.

Вместе с тем Г. М. Энтин (1970), говоря о случайном и привычном пьянстве, делает, на наш взгляд, правильную попытку обосновать с социальных позиций понятие «умеренное употребление алкоголя». Он справедливо подчеркивает, что «умеренное употребление алкоголя» при всей своей относительности имеет следующие признаки:

— спиртные напитки употребляются редко, в среднем не чаще 1 раза в месяц, дозы их небольшие, не вызывающие сколько-нибудь заметного опьянения;

— при «умеренном» употреблении спиртных напитков полностью сохраняются контроль за количеством выпитого алкоголя и критическая оценка своего поведения и ситуации;

— «умеренно пьющий» не стремится к употреблению спиртных напитков, а, наоборот, избегает таких ситуаций.

На наш взгляд, наиболее удачной классификацией алкоголизма является классификация А. А. Портнова, И. Н. Пятницкой (1973). В ней расширено понятие наркоманического синдрома, даются более четкие границы алкоголизма как нозологической единицы, что

выгодно отличает эту классификацию от других. А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая выделяют следующие стадии болезни:

I. *Начальную, или неврастеническую, стадию,* которой свойственно появление влечения к алкоголю и состоянию опьянения (психическая зависимость), возрастание толерантности (устойчивости) к принимаемым дозам алкоголя и астенический симптомокомплекс (повышенная утомляемость, раздражительность, эмоциональная лабильность, бессонница, раннее утреннее пробуждение и др). На этой стадии изменяется форма употребления алкоголя (переход от эпизодического к систематическому приему). Диагноз этой стадии авторы устанавливают только на основании ведущих симптомов — признаков наркоманического синдрома: зависимости и измененной реактивности (повышение толерантности, утрата контроля);

II. *Среднюю, или наркоманическую, стадию,* которая сопровождается нарастанием влечения к алкоголю, измененной формой опьянения (частые амнезии), а главное — потерей контроля, проявлением абстинентного синдрома, псевдозапойным пьянством. На этой стадии появляются определенные, характерные, более выраженные нарушения психики, поражения внутренних органов и нервной системы.

III. *Исходную, или энцефалопатическую, стадию,* при которой развивается запойное пьянство, уменьшается выносливость к алкоголю, отмечаются более тяжелые нервно-психические нарушения и заболевания внутренних органов и нервной системы, чаще возникают алкогольные психозы.

Признавая важность и практическое значение приводимых в классификации диагностических критериев, особенно для распознавания начальных стадий алкоголизма, следует отметить, что указанных признаков недостаточно для выявления лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками, но без признаков алкоголизма, без симптомов алкогольной болезни, т. е. «привычных» пьяниц.

Выявление злоупотребляющих алкоголем в более широком смысле (больные и пьяницы) требует медико-социального подхода и комплексной оценки таких явлений злоупотребления, как частота выпивок, количество алкоголя и повод к употреблению алкогольных

напитков, поведение в состоянии алкогольного опьянения, наличие и выраженность физической или психической зависимости от алкоголя.

По частоте употребления алкогольных напитков и степени злоупотребления ими мы предлагаем выделять следующие группы лиц.

1-я. *Употребляющие алкогольные напитки редко* (в основном по праздникам и семейным торжествам — в среднем не чаще одного раза в месяц), в небольших количествах (несколько рюмок вина или стопок крепких алкогольных напитков). Сюда же можно отнести лиц, вовсе не употребляющих алкогольные напитки; таких людей очень немного.

2-я. *Употребляющие алкогольные напитки умеренно* (1—3 раза в месяц, но не чаще одного раза в неделю), в сравнительно небольших количествах (до 200 г крепких напитков или 400—500 г вина; следует учитывать возрастно-половые и другие особенности индивидуума). Поводом к приему алкоголя являются праздники, семейные традиции, встречи с друзьями и другие социально объяснимые ситуации. Лица, входящие в эту группу, как правило, «знают свою меру», а в состоянии алкогольного опьянения не допускают антиобщественных поступков.

3-я. *Злоупотребляющие алкоголем:*

а) без признаков алкоголизма, т. е. пьяницы, которые употребляют алкоголь часто (несколько раз в неделю), в больших количествах (более 200 г крепких спиртных напитков или более 0,5 л вина). В большинстве случаев повод к употреблению алкоголя необъяснимый в социальном плане («за компанию», «без всякого повода», «захотел и напился»), а алкогольные напитки распиваются преимущественно в случайных местах. Эта группа лиц, злоупотребляющих алкоголем, отличается асоциальным поведением в состоянии алкогольного опьянения: конфликты в семье, невыходы на работу, нарушения правил общественного порядка. Последствиями бывают доставка в медвытрезвитель, приводы в милицию и т. п. Возможны нечетко выраженные признаки психической зависимости от алкоголя. В соответствии с классификацией В. М. Банщикова, Ц. П. Короленко, эту группу можно отнести к злоупотребляющим с «ненаркоманической формой алкоголизма»;

б) с начальными признаками алкоголизма — при наличии психической зависимости и измененной реактивности организма на алкоголь (влечение к алкоголю и состоянию опьянения, утрата контроля за количеством потребляемых напитков, повышение толерантности и др.), что соответствует I стадии алкоголизма по А. А. Портнову, И. Н. Пятницкой;

в) с выраженными признаками алкоголизма, когда появляются признаки физической зависимости от алкоголя, в частности абстинентный синдром, характерный для II стадии болезни.

При таком учете разнообразных проявлений алкоголизма можно выделить несколько основных (осевых) критериев для дифференциации лиц, потребляющих алкоголь. Указанные группы отличаются друг от друга по частоте употребления алкогольных напитков, по поведению в состоянии алкогольного опьянения и наличию психической и физической зависимости от алкоголя. Так, определяющим признаком, позволяющим отделить редко употребляющих алкоголь от употребляющих его умеренно (1-я и 2-я группы), является частота употребления алкогольных напитков без антиобщественных поступков в состоянии опьянения. Такой важный диагностический признак, как количество потребляемых напитков, в данном случае имеет относительную ценность, так как он может значительно варьировать в зависимости от пола, принадлежности к той или иной социальной группе, биологических особенностей индивида. Этот признак следует учитывать как дополнительный.

Наиболее трудно и в то же время наиболее важно в практическом отношении определить границу между умеренным или традиционным употреблением алкогольных напитков (2-я группа) и злоупотреблением алкоголем еще без признаков алкоголизма, т. е. пьянством (3-я группа, подгруппа «а»). Решить этот вопрос можно только на основе комплексной оценки с привлечением таких социальных критериев, как частота и количество употребляемых напитков, наиболее частый повод к их употреблению, поведение в состоянии опьянения.

Определяющим моментом для отнесения данного лица к 3-й группе подгруппы «а» являются частота

(употребляет часто) и утрата контроля за своими поступками в состоянии опьянения (или, выражаясь языком клиницистов, изменение характера опьянения с неконтролируемым поведением), следствием чего являются приводы в милицию, доставка в медвытрезвитель, прогулы, конфликты в семье. Признаки психической зависимости от алкоголя на этой стадии злоупотребления отсутствуют или выражены нечетко. При наличии у злоупотребляющих алкоголем признаков психической и физической зависимости приходится решать вопрос об отнесении таких лиц к группе 3-й подгруппы «б» или «в».

Предлагаемая классификация алкоголизма и пьянства наиболее полно отражает социально-гигиенический аспект проблемы, учитывает степень злоупотребления алкоголем и позволяет дифференцировать алкоголизм от пьянства, а пьянство — от традиционного «умеренного» употребления алкогольных напитков.

Диагностические критерии злоупотребления алкоголем, которые легли в основу настоящей классификации, использованы при изучении распространенности алкоголизма и пьянства среди отдельных профессионально-производственных групп населения.

Глава II

Методы изучения алкоголизма

Методические подходы к изучению алкоголизма как социально-гигиенической проблемы

Проблема алкоголизма, имеющая много аспектов (медицинский, социальный, психологический и др.), требует комплексного подхода. «Борьба с алкоголизмом остается бесплодной, — писал известный специалист в области социальной гигиены А. В. Мольков, — если формы ее не обоснованы предварительным изучением особенностей данного места и времени. Разобраться во всем этом возможно только путем пристального изучения» [Мольков А. В., 1926].

Еще в дореволюционной России начали разрабатываться методические подходы к изучению алкоголизма как социальной проблемы. Статистика алкоголизма, его социально-экономические причины, влияние на заболеваемость и смертность населения стали предметом изучения комиссии по вопросу об алкоголизме и мерах борьбы с ним, организованной в 1898 г. при «Русском обществе охранения народного здравия». Основной метод работы комиссии состоял в подготовке и обсуждении научных докладов по различным сторонам проблемы. Доклады и высказанные по ним мнения затем публиковались в специальных выпусках под названием «Труды комиссии по вопросу об алкоголизме», издававшихся на средства общества. Комиссия опубликовала ценный материал о распространении алкоголизма в России, пыталась решать некоторые правовые вопросы, связанные с принудительным лечением больных алкоголизмом [Нижегородцев М. Н., 1905, 1909]. Инициатива в составлении программы изучения алкоголизма среди населения Московской губернии принадлежит В. И. Яковенко (1898). Психиатры Т. Г. Кроль (1896), Н. И. Григорьев (1900), А. М. Коровин (1915) явились авторами ценных исследований о влиянии алкоголизма на заболеваемость, смертность и преступность.

В начале XX века наметился интерес к причинам распространения алкоголизма среди отдельных групп населения. Изучению причин распространения алкоголизма среди рабочих были посвящены труды Н. И. Григорьева, употребление спиртных напитков и его влияние на здоровье детей и подростков подробно изучались А. М. Коровиным (1908), Г. И. Гордоном (1910) и др.

Изучая данные анкет, авторы установили зависимость употребления спиртных напитков и распространения алкоголизма от оплаты труда, условий труда и быта, уровня грамотности рабочих. Кроме статистических данных о распространении алкоголизма, авторы привлекали материалы бюджетных обследований [Щербина А., 1900; Прокопович А., 1908; Магидов Б. М., 1910; Воронов Д., 1916].

Результаты этих исследований показали широкое распространение употребления спиртных напитков среди детей и подростков, учащихся средних и выс-

ших учебных заведений, а также вскрыли вредное влияние алкоголя на физическое и нравственное развитие школьников. Основными причинами широкого распространения пьянства среди детей авторы считали влияние алкоголизма взрослых, особенно родителей и родственников, стремление подражать старшим и др.

Социально-гигиенический подход к проблеме алкоголизма можно проследить и в исследованиях, посвященных специальным научно-медицинским вопросам, в частности, вопросу о роли наследственности в происхождении алкоголизма [Коровин А. М., 1907]. Алкоголизму как социальному явлению уделено внимание в ряде интересных работ В. М. Бехтерева (1912, 1913).

Социально-гигиенические аспекты изучения алкоголизма получили широкое развитие после Великой Октябрьской социалистической революции, когда борьба с алкоголизмом и пьянством стала государственной задачей. Особенно интенсивно эти исследования развернулись в 20-х годах. Большую роль в организации и проведении исследований по алкоголизму сыграл созданный в 1923 г. Институт социальной гигиены НКЗ РСФСР.

Под руководством первого директора Института социальной гигиены А. В. Молькова разрабатываются научно-методические принципы и подходы к изучению алкоголизма как социально-гигиенической проблемы. По специальной программе с применением анкетного метода был осуществлен ряд исследований распространенности употребления алкогольных напитков и причин алкоголизма среди отдельных групп населения: рабочих, фабрично-заводской молодежи, сельских жителей, подростков и др. (Э. И. Дейчман, З. И. Израэльсон, А. В. Мольков, П. Ф. Обухов, В. В. Петиков, Л. Г. Политов, Н. И. Чучелов и др.).

Серия научных работ была посвящена медицинским и социальным последствиям алкоголизма. В частности, Институтом социальной гигиены в 1927—1928 гг. было проведено специальное исследование влияния алкоголя на заболеваемость, смертность и производительность труда рабочих [Влассак Р., Страшун И. Д., Дейчман Э. И., Политов Л. Г., 1928]. Этим исследованием было охвачено пять промышленных районов страны (по 2—3 тыс. рабочих в каждом районе). На каждого рабочего, взятого под наблюдение, врач за-

полнял специальную «карту для изучения последствий алкоголизма». Среди рабочих были выделены группы: «непьющие», «умеренно пьющие» и «алкоголики». В результате был собран обширный и ценный статистический материал, наиболее полно освещающий медико-социальные последствия алкоголизма.

Кроме сотрудников Института социальной гигиены, изучением проблемы алкоголизма в социально-гигиеническом аспекте в этот период широко занимались и другие исследователи [Богомолова Т. М., 1925; Вассерман Л. М., 1925; Розенблюм И. И., 1928; Майстрах К. В., 1929; Канторович Н. В., 1930, и др.].

Заслуживают внимания социально-гигиенические исследования, проведенные отделением социальной патологии Украинского психоневрологического института, в частности работа З. А. Гуревича и А. З. Залевского (1930) «Алкоголизм (социально-гигиеническое исследование)». Этот труд содержит такие важные прежде всего с социальной точки зрения разделы, как употребление алкогольных напитков и характер современного алкоголизма, производство алкоголя и его государственно-экономическое значение, социальная патология и этиология алкоголизма, борьба с ним.

Во многих городах РСФСР и Украины на основе анкетного метода были проведены социальные обследования больных алкоголизмом. Институт социальной гигиены пробовал разработать единую методику обследования школьников [Дейчман Э. И., 1926]. Как отмечают Е. И. Лотова, А. В. Павлучкова (1974), в одной из школ Хамовнического района Москвы, руководимой известным педагогом и видным деятелем народного образования проф. П. П. Блонским, была составлена специальная программа исследования, ставившая на первое место изучение социально-бытовых причин распространения употребления спиртных напитков школьниками (бытовые условия, социальный состав учащихся, взаимоотношения в семье, отдых и др.). Исследование подтвердило большое распространение употребления спиртных напитков школьниками, а также выявило его основные причины: среда, в которой растет и воспитывается ребенок, прямое влияние семьи, традиции, отсутствие противоалкогольного воспитания в школе и в связи с этим отсутствие знаний о вреде алкоголя.

Среди многочисленных исследований того периода особый интерес в методическом плане представляют работы по распространенности злоупотребления алкоголем отдельных групп населения и, в частности, среди промышленных рабочих (Т. М. Богомолова, И. А. Бергер, И. И. Розенблюм, З. И. Израэльсон, В. В. Петиков, К. В. Майстрах и др.).

При изучении распространенности алкоголизма указанные авторы использовали метод анкетного опроса. О злоупотреблении в основном судили по частоте и количеству употребления алкоголя. Наиболее характерным в этом плане является исследование, проведенное И. И. Розенблюмом (1928) на Машиностроительном заводе им. В. И. Ленина в Ленинграде. Из 1226 опрошенных рабочих пьющих было 90%, из них выпивающих очень редко (1 раз в 2—3 мес до «сотки») — 22,5%; выпивающих 2—3 раза в неделю не более «сотки» или же 1 раз в неделю до полубутылки водки — 71,4%; выпивающих не более 1 раза в неделю до бутылки водки или 2—3 раза в неделю до полубутылки, или ежедневно пьющих до «сотки» — 28,4%, явных больных алкоголизмом, выпивающих от одной до двух бутылок ежедневно — 17,7%. Основная масса рабочих (56%), по данным И. И. Розенблюма, пьет по праздникам и во время получек. Бо́льшая часть (33,5%) пьет независимо от этих моментов, причем 12,5% пьют ежедневно. В среднем по отношению ко всем рабочим пропивается 8,5% зарплаты.

Положительным в методике И. И. Розенблюма является то, что он при характеристике рабочих по употреблению алкоголя использовал конкретные критерии частоты и количества в их взаимосвязи. В известной степени учитывался и такой важный социальный признак, как повод к употреблению алкоголя, однако автор несколько пренебрегает комплексной оценкой этих фактов. Другие же авторы дифференцировали употребляющих алкогольные напитки в основном по одному признаку — частоте употребления, не всегда отмечая количество принятого алкоголя.

Так, И. А. Бергер (1928), обследуя рабочих завода «Пролетарский труд», к хроническим алкоголикам относит тех, кто употребляет алкогольные напитки в среднем 3—4 раза в неделю, к умеренно пьющим — 2—3 раза в месяц, к случайным — 3—4 раза в год. По

его данным, среди обследованных рабочих было 31,2% хронических алкоголиков и 42,9% умеренно пьющих.

К. В. Майстрах (1929) среди рабочих «Красного текстильщика» выявила 32% непьющих, 4,7% — малопьющих, 8% — умеренно пьющих, 12% — много пьющих и 1% — пьющих запоями.

З. И. Израэльсон, В. В. Петиков (1926), обследовавшие рабочих Орловского машиностроительного завода, приводят данные о том, что пьющие запоем составляют 1,9% от всех употребляющих алкоголь мужчин, а 10,3% пьют ежедневно, 11,8% пьют случайно, но помногу.

Т. М. Богомолова (1925) путем опроса выявила 14,4% хронических алкоголиков среди рабочих-мужчин чугунолитейного цеха завода «Красный пролетарий» в Москве.

Л. В. Хайт (1930) приводит данные по Днепропетровскому металлургическому заводу: 30,8% рабочих потребляют алкоголь часто.

Разноречивость данных, полученных при обследовании рабочих разных предприятий, объясняется не столько особенностями того или иного производства, сколько отсутствием единых методических подходов и различием таких признаков злоупотребления, как частота употребления алкоголя и его количество. В большинстве случаев авторы вкладывали разный смысл в понятия «часто употребляющие», «неумеренно употребляющие», «пьющие», «много пьющие», «систематически пьющие».

Несмотря на определенные недостатки в организации и проведении научных исследований по проблеме алкоголизма в 20-х годах, эти работы имели выраженное социально-гигиеническое направление. Исследователи применяли конкретные социологические и социально-гигиенические методы при изучении распространенности и вредных последствий злоупотребления алкоголем, а именно: анкетный и корреспондентский, методы опроса и наблюдения, бюджетный, медицинские осмотры и анализ данных учета и отчетности государственных учреждений и др.

Разработанные Институтом социальной гигиены «анкеты по изучению алкоголизма» явились основой исследований этой проблемы среди различных групп населения в 20—30-х годах. В известной мере их мож-

но использовать при составлении программ комплексных исследований алкоголизма в настоящее время.

На основе проведенных социально-гигиенических исследований в тот период был разработан широкий план борьбы с алкоголизмом и пьянством, который включал общественное противоалкогольное движение, правительственные мероприятия и санитарное просвещение. Опыт изучения проблемы алкоголизма и организации борьбы с ним в 20-е годы представляет определенный интерес и сегодня. Актуальность проблемы алкоголизма и пьянства, как справедливо замечают Х. И. Идельчик, М. И. Аруин, А. И. Нестеренко (1972), настоятельно требует не только изучения ее современного состояния, но и углубленного исследования и исторического анализа.

Наметившийся в 30-е годы отход от социально-гигиенического направления в здравоохранении привел к тому, что научные коллективы «снизили интерес к разработке социально-гигиенических проблем» [1]. Это в полной мере относится и к изучению алкоголизма как социального явления. Только в 60-х годах, после реорганизации кафедр организации здравоохранения в кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения, в развитии конкретных социально-гигиенических исследований усилилось внимание к социальным аспектам алкоголизма со стороны психиатров, социологов, психологов, историков медицины, специалистов в области социальной гигиены и др. Первые итоги изучения алкоголизма в социально-гигиеническом аспекте в этот период были подведены в мае 1972 г. во ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко [Аруин М. И., 1973].

Литература по проблеме алкоголизма показывает, что в последние годы изучение алкоголизма все более интенсивно смещается из клинической в социально-психологическую и социально-гигиеническую сферу. Это объясняется возрастающим пониманием значения социальных и особенно психологических факторов в возникновении и развитии алкоголизма, а также со-

[1] Виноградов Н. А. Этапы развития, современное состояние и задачи социальной гигиены в СССР.— В кн.: Актуальные вопросы социальной гигиены и организации здравоохранения. МЗ СССР. М., 1967, с. 86.

циально-экономическим ущербом от алкоголизма и пьянства.

Несмотря на многочисленность научных исследований и рекомендаций, многие мероприятия, направленные на решение проблемы алкоголизма, оказываются недостаточными. Это признают и эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В докладе экспертов ВОЗ содержится рекомендация: «ВОЗ должна обеспечить дальнейшее развитие координированных, многоотраслевых международных исследовательских программ и содействовать международному сотрудничеству и обмену информацией по обсуждаемым проблемам» [1].

За рубежом изучением алкоголизма занимаются специальные центры и лаборатории при институтах и университетах. Крупнейшие из них — Международный совет по алкоголю и алкоголизму (Лозанна, Швейцария), Центр по изучению алкоголизма при Рутджерском университете (Нью-Джерси, США), Фонд для научных исследований по алкоголизму и наркотикам (Онтарио, Канада) и др.

Определенный вклад в изучение проблемы алкоголизма вносят советские ученые, прежде всего психиатры Э. А. Бабаян, В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, А. К. Качаев, И. И. Лукомский, Г. В. Морозов, А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, В. Е. Рожнов, И. В. Стрельчук, Д. Д. Федотов и др., которые возглавляют фронт противоалкогольной борьбы в нашей стране. В своих работах, в основном посвященных клиническим аспектам алкоголизма, они касаются также и некоторых социальных сторон проблемы, говоря о последствиях алкоголизма и анализируя роль отдельных социальных и психологических факторов в развитии болезни.

Влиянию хронического алкоголизма на внутренние органы посвящены работы терапевтов А. И. Ершова (1966), А. Г. Гукасяна (1968) и др.

Определенный интерес представляют социологические исследования, проведенные на контингенте медвытрезвителей [Заиграев Г. Г., 1966, 1968; Чефра-

---

[1] Проблемы алкоголизма и планирование национального здравоохранения в программах ВОЗ.— Хроника ВОЗ, 1973, т. 27, № 8, с. 392.

нов В. А., 1970; Левин Б. М., 1972, и др.]. Эти исследования дают представление о мотивах пьянства и раскрывают «социальный портрет пьяницы». Кроме того, изучалось общественное мнение населения отдельных групп о причинах, последствиях и мерах борьбы с пьянством. Так, Г. Г. Заиграевым (1966, 1968) были обследованы рабочие двух московских предприятий. По материалам отдела кадров, общественных организаций, книги приказов были отобраны лица, допускающие на почве пьянства правонарушения и антиобщественные и аморальные поступки. С ними автор провел беседу по специально разработанной программе. Программа включала вопросы морально-бытового плана, а также об участии в общественной жизни, проведении досуга, удовлетворенности трудом, бытом и др. Автор считает, что анонимное анкетирование в сочетании с другими методами является достаточно эффективным средством изучения негативных социальных явлений, в частности алкоголизма.

Особенно много исследований, посвященных различным социальным аспектам алкоголизма, выполнено в последние годы зарубежными исследователями [Littman G., 1970; Feurlein W., 1970; Miller B. et al., 1970; Levy L., Rowtiz L., 1971; Westermeyer J., 1972; Bacon S., 1973, и др.].

Многие авторы приводят доказательства того, что чем снисходительнее общество к пьянству, тем больше в этом обществе алкоголиков. Так, P. Pophan (1959) составил шкалу распространенности алкоголизма в различных странах, которая показала определенную закономерность: чем строже санкции против алкоголизма, тем большая «патологическая личностная предиспозиция нужна для развития пьянства». В этой связи особое значение приобретают обычаи и взгляды ближайшего окружения.

Многие исследования посвящены распространенности хронического алкоголизма [Mulford H., Miller D., 1960; Moon L., Patton R., 1963; Keller M., 1964; Lengrand Z., 1964; Bastide H., 1965; Fleck L., 1970; Mastrangelo J., 1970; Lindbeck V., 1972; Hippius H., 1972; Schmidt L., 1972; Santamaria J., 1972; Goldberg L., 1977; Negrete J., Tonsignant M., 1979, и др.]. Эти исследования являются выборочными и носят, как правило, клинико-статистический характер. Сведения при этом

получают с помощью нескольких методов: 1) анализа первичных документов психиатрических и других лечебных учреждений и различных агентств; 2) анализа опросных листов, анкет и письменных «отчетов» населения и сведений, полученных путем собеседований с отобранной группой населения; 3) анализа данных и обобщения материалов врачей общей практики с результатами последующего обследования психиатрами отобранной группы сложных больных. Так, например, в обследовании одного из крупных индустриальных городов Канады, как сообщают J. Negrete и M. Tonsignant (1979), принимали участие медицинские сестры, работники системы социального обеспечения и студенты колледжа, которые прошли специальный инструктаж и были обеспечены рекомендательными письмами от университета, что позволило обеспечить наибольший охват населения интервьюированием и получить достоверные данные. По данным авторов, у 20% взрослого населения города выявлено наличие скрытого алкоголизма и пьянства. Хотя эти исследования существенно дополняют больничную статистику заболеваемости алкоголизмом, они не являются систематическими, а интерпретация данных в странах с широкоразвитой системой частной медицины весьма затруднительна.

В последние 10 лет получили распространение так называемые эпидемиологические исследования хронических неинфекционных заболеваний — сердечно-сосудистых, злокачественных, психических, в том числе алкоголизма. Многие зарубежные [Lilienfeld A. M., 1957; Reid D. D., 1960; Edwards G., 1973; Moser J., 1974, и др.] и советские ученые [Добровольский Ю. А., 1968; Жариков Н. М., 1968; Шхвацабая И. К., 1971; Петраков Б. Д., 1972; Лисицын Ю. П., 1973, и др.] считают, что эпидемиологическое изучение хронических неспецифических заболеваний является важным направлением в разработке вопросов этиологии, лечения и профилактики заболеваний.

A. M. Lilienfeld (1957) определил эпидемиологию как «науку, изучающую распространение болезней в пространстве и времени в пределах определенного населения, а также факторы, влияющие на характер этого распространения». И. К. Шхвацабая (1971) считает, что «эпидемиологические исследования имеют большое значение для совершенствования системы

здравоохранения — ее диагностических, лечебных и профилактических аспектов, чего нельзя в такой степени достигнуть путем клинических и экспериментальных работ. В этом состоит большое социальное значение эпидемиологических исследований».

При эпидемиологических исследованиях объектом изучения являются как различные группы населения, отобранные по производственно-профессиональному, возрастно-половому, территориальному принципам, так и группы больных с одной патологией.

Эпидемиологические исследования алкоголизма, выполненные за последнее время, показывают динамику хронического алкоголизма и алкогольных психозов и особенности их распространения среди населения различных городов страны [Морозов Г. В., Качаев А. К., 1971; Щенникова А. И., 1974; Бокин В. П., 1975; Красик Е. Д., Миневич В. Б., Прядухин Ю. И. и др., 1978]. Эти исследования позволяют также установить связь алкоголизма с отдельными социальными факторами. Благодаря этим исследованиям накапливается ценный фактический материал, а в ряде случаев выявляются новые данные о распространенности алкоголизма в зависимости от условий жизни населения. Как отмечает Г. В. Морозов (1978), эпидемиологические исследования дают возможность разработать мероприятия по планированию наркологической помощи и профилактике алкоголизма.

Следует сказать, что некоторые ученые, особенно зарубежные, используя эпидемиологические подходы к изучению алкоголизма, допускают методологические и методические неточности, применяя термин «эпидемиология» в смысле эпидемиологии здоровья, эпидемиологической экологии. Так, M. Glatt (1967), рассматривая проблему алкоголизма с точки зрения эпидемиологии, проводит аналогию с тремя основными эпидемиологическими факторами инфекционных заболеваний: агент (алкоголь), хозяин (особенности личности) и окружающая среда. Такой подход в известной мере приемлем, поскольку эти три звена играют важную роль в развитии алкоголизма при условии их взаимодействия друг с другом. Однако автор подчеркивает фармакологическую природу алкоголя и особенности личности, а такой решающий фактор, как социальная среда, отодвигается на третий план и получает весьма

обтекаемое название — «факторы окружающей среды». Следовательно, изучая алкоголизм методами эпидемиологии, буржуазные ученые, как справедливо подчеркивает К. А. Каменков (1970), стремятся выхолостить из него социальную детерминированность.

Советские ученые Б. Я. Смулевич (1965), В. Д. Беляков (1966), Е. Я. Белицкая (1970), Б. Д. Петраков (1972) считают, что гипертрофированное толкование термина «эпидемиология» и ее методов неверно как с исторической точки зрения, так и по существу. Попытки зарубежных ученых найти объяснение такому сложному социальному явлению, как алкоголизм, с помощью только эпидемиологического подхода, без учета социальной структуры общества и комплекса биосоциальных и психологических факторов, отвлекает ученых от роли биосоциальной причинности алкоголизма, а также, как справедливо отмечает Б. Д. Петраков (1972), «извращают суть нового научного направления в психиатрии», каким является эпидемиологический метод с точки зрения полезности применения в исследовании эпидемиологических принципов и методов.

Признавая роль эпидемиологических исследований в изучении распространенности хронических неэпидемиологических заболеваний и в установлении их связи с отдельными факторами внешней среды, следует отметить, что этих исследований явно недостаточно для изучения комплекса факторов (социальных, биологических, психологических), влияющих на возникновение и развитие отдельных хронических заболеваний, в том числе алкоголизма.

Эту задачу можно решить только с помощью социально-гигиенических исследований, особенно комплексных, предусматривающих широкое использование различных методов и приемов, которые позволяют выявить влияние социальных и биологических факторов на возникновение и течение заболевания и на этой основе разработать практические рекомендации по профилактике заболевания.

Немногочисленные социально-гигиенические исследования последних лет по проблеме алкоголизма [Левертов С. А., 1970; Нагаев В. В., 1972; Щенникова А. И., 1974; Федоров А. Г., 1975, и др.] с применением отдельных социологических и социально-гигиенических методов дают представление о распространенности

хронического алкоголизма среди населения отдельных территорий страны, показывают связь алкоголизма с социально-гигиеническими факторами, определяют некоторые аспекты борьбы с этим социальным явлением.

Так, работа С. А. Левертова (1970) в основном посвящена изучению распространенности хронического алкоголизма в Молдавской ССР и выявлению социально-гигиенических причин его распространения. Автор разработал и применил специальную «Карту обследования больного, страдающего хроническим алкоголизмом (социально-гигиенический аспект)». Карта включает ряд социальных характеристик (социальное положение, профессия, образование, семейное положение, жилищно-коммунальные условия), в ней подробно отражен алкогольный анамнез (возраст, начало систематического употребления спиртных напитков, время появления синдрома похмелья и др.). Кроме того, в карте отмечают виды употребления напитков, разовые и суточные их дозы, а также некоторые клинические сведения (стадия хронического алкоголизма, частота и вид психозов, рецидивов, длительность и число ремиссий, курсы терапии).

Наряду с такими социологическими методами, как анкетный заочный опрос и метод интервью, автор использовал катамнестический метод, широко применяемый в психиатрии.

Проведенное исследование позволило автору получить социологические данные о больных хроническим алкоголизмом, проанализировать причины, приведшие к хроническому алкоголизму (подражание, традиции, семейные неурядицы и др.), а также факторы, влияющие на течение алкоголизма (сопутствующие заболевания) и наметить пути профилактики алкоголизма в условиях Молдавской ССР.

А. И. Щенникова (1974) изучала особенности распространения хронического алкоголизма и алкогольных психозов среди отдельных групп населения г. Куйбышева. В основу разработки легли статистические данные психоневрологического диспансера и областного бюро судебно-медицинской экспертизы, а также информация, полученная из специально составленных карт обследования. Кроме распространенности, были изучены некоторые последствия алкоголизма, в частности смертность среди алкоголиков.

В. В. Нагаев (1972) на основе анонимной карты-анкеты изучал употребление алкогольных напитков работающими на промышленных и сельскохозяйственных предприятиях Перми. Автор попытался увязать частоту употребления алкоголя с некоторыми факторами (образование, социальные последствия). Кроме того, он обследовал группу больных хроническим алкоголизмом и дал их подробную социально-психологическую характеристику.

Работа А. Г. Федорова (1975) посвящена изучению алкоголизма у сельских жителей и его влияния на здоровье детей дошкольного возраста. На примере одного из пригородных районов Ленинграда автор попытался увязать характер и последствия употребления алкогольных напитков (частота правонарушений в состоянии алкогольного опьянения, частота госпитализации больных хроническим алкоголизмом, смертность в связи с алкогольной интоксикацией и др.) с производственно-территориальными зонами — «примагистральной», «местной промышленной», «новой сельскохозяйственной», «старой сельской». С помощью сложных математических приемов (корреляция, критерий итерации и др.) автор устанавливает связь между алкоголизацией и некоторыми социально-гигиеническими факторами. В частности, он установил прямую зависимость между уровнем маятниковой миграции мужчин и частотой правонарушений в состоянии алкогольного опьянения. Автор приводит убедительные доказательства влияния алкоголизации родителей на физическое развитие новорожденных детей, а также повозрастные показатели психоневрологической заболеваемости детей.

Из социально-гигиенических исследований следует назвать работы Б. Д. Петракова (1969, 1972, 1976), посвященные углубленному изучению современных тенденций и некоторых общих закономерностей возникновения нейропсихических заболеваний, в том числе алкоголизма.

К социально-гигиеническим исследованиям тесно примыкает ряд работ исторического направления, посвященных социально-гигиеническим аспектам борьбы с алкоголизмом в России и СССР [Аруин М. И., 1973; Лотова Е. И., Павлучкова А. В., 1973, и др.], а также работы, проведенные Институтом санитарного просве-

щения по изучению осведомленности населения о вредных последствиях пьянства и мотивации употребления алкогольных напитков [Лоранский Д. Н. и др., 1975; Милюков В. Д., 1979, и др.].

Несмотря на большую теоретическую и практическую ценность этих исследований, алкоголизм в социально-гигиеническом аспекте изучен недостаточно. Мы не располагаем достаточными данными об истинных размерах злоупотребления алкоголем среди различных возрастно-половых и социальных групп населения, недостаточно изучены причины и последствия алкоголизма и пьянства.

Существенным пробелом в научной разработке этой проблемы является отсутствие настоящих комплексных социально-гигиенических исследований алкоголизма, призванных, главным образом, выявить многообразие и сочетанное воздействие комплекса факторов (социальных, биологических, психологических) на возникновение и развитие алкоголизма. Особенность комплексных социально-гигиенических исследований, как отмечает Ю. П. Лисицын (1973), заключается не только в изучении комплекса социальных факторов, но и в использовании комплекса методов и методик отбора объектов исследования, получения и обработки информации. В частности, разработка методик и путей выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, изучение роли отдельных социальных и психологических факторов, их сочетанного влияния на возникновение и распространение алкоголизма являются в настоящее время одной из важнейших задач комплексных социально-гигиенических исследований.

При разработке методик комплексных социально-гигиенических исследований вообще и алкоголизма в частности необходимо учитывать изменяющиеся соотношения отдельных факторов, действующих на различные социальные группы населения [Гринина О. В., 1970].

Программа и методика комплексных социально-гигиенических исследований алкоголизма

Попытка комплексного социально-гигиенического изучения алкоголизма предпринята в середине 70-х годов на кафедре социальной гигиены и организации

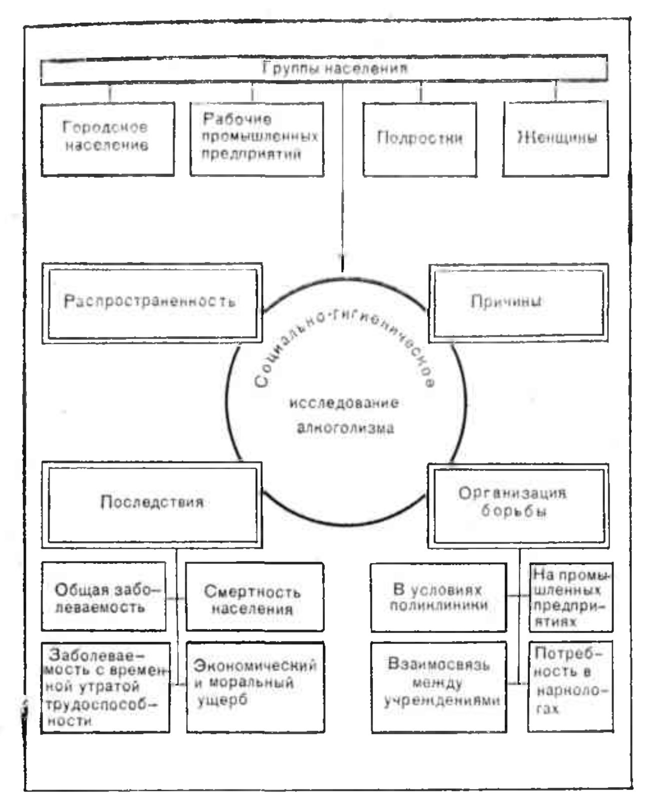


Рис. 1. Схема комплексного социально-гигиенического исследования алкоголизма.

здравоохранения II МОЛГМИ (Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, В. П. Бокин, В. Г. Запорожченко, О. П. Чекайда, Е. С. Скворцова).

Основной целью выполненного исследования явилось изучение современных тенденций и закономерностей злоупотребления алкоголем и разработка рекомендаций по совершенствованию системы организации борьбы с алкоголизмом и пьянством.

Как видно из рис. 1, исследование проводили в следующих основных направлениях:

1. Изучение распространенности злоупотребления алкоголем среди различных возрастно-половых и социальных групп городского населения и рабочих промышленных предприятий.

2. Изучение последствий алкоголизма и пьянства.

3. Выявление факторов и причин, способствующих возникновению злоупотребления алкоголем и развитию алкоголизма.

4. Анализ организационных форм и методов борьбы с алкоголизмом.

Разработанная программа охватывает достаточно широкий круг вопросов и предусматривает комплекс подходов и методик (статистические, социологические, клинико-социальные, социально-гигиенические и др.). В частности, программа исследования предусматривает анализ и обобщение обширных данных литературы и официальных материалов о потреблении алкогольных напитков и распространенности алкоголизма в СССР и зарубежных странах; выкопировку и статистическое изучение материалов лечебно-профилактических учреждений (психоневрологические диспансеры, станции скорой медицинской помощи, поликлиники и медсанчасти) и органов охраны общественного порядка (милиция, медвытрезвитель); анкетирование отдельных групп населения и изучение условий их труда и быта; опрос общественности и членов семьи; клинико-социальные обследования лиц, злоупотребляющих алкоголем; оценку эффективности мер социального и медицинского воздействия на них; изучение форм и методов работы по выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организации наблюдения за ними.

Исследование состояло из нескольких этапов.

На первом этапе на основе данных о потреблении алкогольных напитков на душу населения и численности больных алкоголизмом по 25 экономически развитым странам, полученных из специальной литературы и официальных материалов, прослежены современные тенденции и закономерности распространения алкоголизма и пьянства за рубежом и в СССР. Были изучены материалы о заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами за 1969—1971 гг. по 9 городам страны (Москва, Киев, Алма-Ата, Ашхабад, Краснодар, Могилев, Целиноград, Ижевск, Чебоксары), в которых проводилось изучение здоровья в связи с переписью населения 1970 г.

Это явилось предпосылкой для углубленного статистического изучения распространенности злоупотреб-

ления алкоголем среди различных возрастно-половых и социальных групп населения Москвы по данным психоневрологических диспансеров, медвытрезвителей и станций скорой медицинской помощи. Выборочная совокупность «злоупотребляющих» формировалась путем механического отбора лиц, фамилии которых начинались на букву «Е». Информацию собирали путем единовременной выкопировки данных за 3 года из первичной медицинской документации названных учреждений на специальную «Карту злоупотребляющего алкоголем» с последующей алфавитизацией сведений на одно лицо. Это позволило получить четко очерченную группу злоупотребляющих алкоголем, установить соотношение между пьяницами и больными алкоголизмом, а также определить интенсивность накопления последних.

Изучаемый контингент «злоупотребляющих» получал характеристику как в целом, так и в отдельности по каждому из трех названных выше контингентов с учетом пола, возраста, социального положения, образования, рода занятий, длительности учета в психоневрологическом диспансере, числа (кратности) доставок в медвытрезвитель и обслуживания станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения, характера заболеваний, по поводу которых они были обслужены, и другим признакам.

На втором этапе были разработаны и применены диагностические критерии для дифференциации злоупотребления алкоголем (пьянство и алкоголизм), которые легли в основу методики выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди рабочих крупного промышленного предприятия.

Особенностью разработанной нами методики является комплексная оценка таких диагностических признаков, как частота, количество и повод к употреблению спиртных напитков, поведение в состоянии алкогольного опьянения, наличие и выраженность физической и психической зависимости от алкоголя.

Была составлена специальная анкета для выявления у обследуемых признаков злоупотребления алкоголем. Анкету заполняли методом полустандартизированного интервью с рабочими основных цехов завода. Данные анкетного обследования дополнялись сведениями, полученными из медвытрезвителей, милиции, психонев-

рологических учреждений, а также данными о нарушении рабочими трудовой дисциплины в связи с употреблением алкоголя, полученными от администрации и общественных организаций завода.

На третьем этапе на отобранных группах «злоупотребляющих» изучали последствия и причины алкоголизма и пьянства. Общая заболеваемость изучалась на группе мужчин (8257 человек), злоупотребляющих алкоголем. Сведения о первичных обращениях изучаемого контингента за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения за период с 1969 по 1971 г. выкопировывались из соответствующих медицинских документов (в бюро медицинской статистики Главного управления здравоохранением Мосгорисполкома) на «Карту злоупотребляющего алкоголем». Было собрано и проанализировано более 40 тыс. первичных обращений.

Исследование было приурочено к комплексному изучению здоровья населения Москвы в связи с переписью 1970 г. и проводилось в соответствии с методикой, разработанной ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко [Овчаров В. К., Мозглякова В. А., Быстрова В. А., 1970; Роменский А. А., Жуковский Г. М., Леонов С. А. и др., 1976], что позволило на едином, достаточно репрезентативном массиве взрослого мужского населения получить однородный материал и провести сравнительный анализ уровня и структуры общей заболеваемости всего мужского населения Москвы и мужчин, злоупотребляющих алкоголем. Анализ заболеваемости проводили по среднегодовым данным об обращаемости в 1969—1971 гг. и накопленной заболеваемости хроническими болезнями за 3 года по возрастным группам, классам и отдельным наиболее распространенным формам болезней.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности изучали на конкретной группе рабочих, злоупотребляющих алкоголем (770 человек), которая была отобрана в процессе исследования распространенности злоупотребления алкоголем на промышленном предприятии. Выкопировка сведений из листков нетрудоспособности проводилась на специальную «Карту учета заболеваемости с временной утратой трудоспособности» с последующим переносом информации на

перфокарты с двухрядной краевой перфорацией для ручной обработки.

Анализ уровня и структуры заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих, злоупотребляющих алкоголем, за 1969—1971 гг. проводился в сравнении с общезаводскими данными и данными о заболеваемости контрольной группы рабочих, подобранной методом «паракопий».

Углубленное изучение факторов, способствующих возникновению злоупотребления алкоголем и развитию алкоголизма, проводили на группе мужчин, злоупотребляющих алкоголем, выявленных при анкетном обследовании рабочих основных цехов завода на втором этапе исследования. На основе разработанной на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения II МОЛГМИ методики посемейного обследования [Гринина О. В., 1969] была составлена специальная программа обследования лиц, злоупотребляющих алкоголем, и их семей. Программа предусматривала вопросы, касающиеся не только социальной и медицинской характеристики семьи в целом (состав семьи, материальные и культурные условия жизни, взаимоотношения в семье, наличие хронических больных и др.), но и характеристики отдельных членов семьи и прежде всего самого злоупотребляющего алкоголем. Особое внимание обращали на условия воспитания в детстве и юношестве лица, злоупотребляющего алкоголем, и наличие алкогольных традиций в семье. Анамнестическим методом выясняли возраст, в котором началось систематическое употребление спиртных напитков, и условия жизни в тот период; отмечали начало злоупотребления алкоголем, а при наличии признаков зависимости от алкоголя уточняли динамику их развития. Опрос в семье проводили методом полустандартизированного и нестандартизированного интервью на основе специально разработанной «Анкеты по изучению причин алкоголизма».

Кроме изучения причин злоупотребления алкоголем у рабочих, была разработана специальная программа изучения характера и мотивов употребления спиртных напитков подростками-учащимися 8—10-х классов общеобразовательных школ одного из районов Москвы.

На четвертом этапе исследования изучали взаимосвязь и преемственность в работе основных звеньев

борьбы с алкоголизмом и пьянством (психоневрологические диспансеры, медвытрезвители, поликлиники и общественные организации) по выявлению злоупотребляющих алкоголем и организации наблюдения за ними. Эти вопросы изучались в основном на базе двух районов Москвы.

Из общей выборочной совокупности лиц, злоупотребляющих алкоголем, были отобраны 350 человек, и на этой группе рассмотрена эффективность мер медико-социального воздействия. Было получено интервью у 150 работников милиции, ЖЭК и участковых врачей.

Вопросы борьбы с алкоголизмом в работе поликлиники, в частности, выявление лиц, злоупотребляющих алкоголем, в том числе больных алкоголизмом, организация наблюдения за ними, взаимосвязь и преемственность между поликлиникой, психоневрологическим диспансером, милицией и общественными организациями, изучались на базе одной из поликлиник Москвы.

На этом этапе были предложены и использованы на практике некоторые меры по совершенствованию борьбы с алкоголизмом и пьянством в повседневной работе поликлиники и промышленного предприятия. Были подготовлены методические рекомендации по выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организации противоалкогольной пропаганды на промышленном предприятии.

Таким образом, в основе программы исследования лежит многоступенчатый отбор изучаемой совокупности. В зависимости от поставленных задач на том или ином этапе исследования проводился направленный отбор изучаемых групп и применялись те или иные методы наблюдения и сбора первичной информации. В ряде случаев направленный отбор сочетался с парной выборкой, что повышает достоверность полученных данных и позволяет на сравнительно небольшом материале установить влияние наименее изученных факторов.

При разработке и анализе полученных материалов (собрано и проанализировано всего около 90 тыс. единиц первичной информации на лиц, злоупотребляющих алкоголем) были использованы современные методы математико-статистического анализа.

Разработанные программа и методика комплексного социально-гигиенического исследования позволили

обобщить и проследить основные тенденции и закономерности распространения алкоголизма в отдельных странах мира и СССР, определить размеры злоупотребления алкоголем среди отдельных возрастно-половых и социальных групп населения, установить влияние злоупотребления алкоголем на здоровье населения, выявить факторы, способствующие злоупотреблению алкоголем, обобщить формы и методы борьбы с алкоголизмом и пьянством и определить основные направления противоалкогольной работы.

В соответствии с программой, разработанной на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения II МОЛГМИ, проводятся исследования социально-гигиенических аспектов алкоголизма в городах Российской Федерации — Челябинске, Архангельске, Томске и др. Исследование, проводимое, в частности, в Челябинске, носит комплексный характер. Наряду с социально-гигиеническими (распространенность, причины, последствия) изучаются и клинико-терапевтические аспекты. Важной задачей проводимого исследования является обобщение форм и методов противоалкогольной работы и разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы борьбы с пьянством и алкоголизмом. В исследовании принимают участие не только сотрудники кафедр психиатрии и социальной гигиены и организации здравоохранения, но и практические работники наркологической службы, общемедицинской сети, а также представители других ведомств. Программа исследования утверждена ученым советом Челябинского медицинского института и облздравотделом и одобрена местными партийными и советскими органами.

Следует отметить, что некоторые исследования психиатров, наркологов носят выраженный клинико-социальный или клинико-организационный характер. Они выполняются на стыке двух специальностей: психиатрии и социальной гигиены и организации здравоохранения. Так, например, на кафедре психиатрии Архангельского медицинского института было выполнено важное исследование по теме «Клинико-социальные аспекты алкоголизации и алкоголизма в подростково-юношеском возрасте» [Сидоров П. И., 1979]. В основе проводимых исследований алкоголизма на кафедре психиатрии Томского медицинского института

(Е. Д. Красик, В. Б. Миневич, Ю. И. Прядухин и др.) лежит разработка автоматизированной системы управления, позволяющая оперативно осуществлять взаимосвязь и преемственность в работе наркологической службы, административных органов и общественных организаций по выявлению, учету и наблюдению за лицами, злоупотребляющими алкоголем.

Совместный характер проводимых исследований требует более тесного сотрудничества клиницистов, специалистов в области социальной гигиены и организаторов здравоохранения. Это в свою очередь диктует необходимость улучшения системы планирования, учета и координации научных исследований, а также обобщения и внедрения научных разработок в практику здравоохранения. Все это возможно только на основе единых комплексных программ по исследованию алкоголизма.

Долгосрочная программа научных исследований по проблеме алкоголизма на 1976—1990 гг., утвержденная коллегией Министерства здравоохранения СССР и президиумом АМН СССР, выделяет три важнейших направления в области изучения алкоголизма и среди них эпидемиологическое (наряду с патогенетическим и клинико-терапевтическим). При этом планируется расширение научных исследований по эпидемиологии алкоголизма в 12,5 раз [Морозов Г. В., 1978].

В соответствии с основными направлениями научных исследований по стране нами разработана комплексная Республиканская программа[1], которая учитывает проводимые в Российской Федерации исследования алкоголизма и определяет перспективные научные направления по дальнейшему развертыванию исследований по этой проблеме на 1981—1990 гг. Основные ее направления одобрены президиумом ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР.

В основу разработанной нами программы положен программно-целевой подход. Генеральной целью настоящей программы является снижение уровня заболеваемости алкоголизмом, а также снижение медицин-

[1] Основные направления Республиканской программы научных исследований по изучению алкоголизма: Методические рекомендации МЗ РСФСР/Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, В. П. Бокин, Л. Г. Розенфельд.— М., 1980.

ских, социальных и экономических последствий от злоупотребления спиртными напитками. Поставленная цель может быть достигнута выполнением научных исследований по наиболее перспективным направлениям в теоретическом и практическом отношении. Предусматривается решение около 140 конкретных задач различного уровня, которые объединены в двух подпрограммах.

I — «Социально-гигиенические и организационно-экономические исследования современных тенденций распространения злоупотребления спиртными напитками и разработка научно обоснованных рекомендаций по совершенствованию системы организации борьбы с пьянством и алкоголизмом»;

II — «Клинико-экспериментальные исследования этиологии и патогенеза, разработка новых методов и средств диагностики, профилактики и лечения алкоголизма».

Эти подпрограммы предусматривают унификацию методов исследования и охватывают следующие основные аспекты рассматриваемой проблемы:

1) изучение распространенности пьянства и алкоголизма среди различных возрастно-половых и социальных групп городского и сельского населения отдельных областей и территорий Российской Федерации;

2) изучение причин и условий, порождающих пьянство и алкоголизм и способствующих их распространению;

3) изучение медико-социальных последствий пьянства и алкоголизма;

4) изучение этиологии и патогенеза алкоголизма и алкогольных психозов;

5) совершенствование существующих и разработка новых методов диагностики, лечения и реадаптации больных алкоголизмом;

6) разработку научных основ совершенствования системы организации борьбы с пьянством и алкоголизмом;

7) разработку научных основ первичной профилактики алкоголизма.

В определении масштаба профилактических и лечебных противоалкогольных мероприятий ведущую роль играет изучение уровня и особенностей распространения злоупотребления алкогольными напитками.

Программой предусматривается анализ в динамике потребления алкогольных напитков на душу населения и материалов наркологической службы и других учреждений о лицах, злоупотребляющих алкоголем, что явится основой для углубленного изучения распространенности алкоголизма и пьянства на отдельных территориях РСФСР. На первом этапе исследования должны быть определены единые методические подходы к изучению распространенности злоупотребления алкоголем. Результаты исследований явятся основой для научно обоснованного планирования, совершенствования и дальнейшего развития наркологической помощи на перспективу как в целом по Российской Федерации, так и по отдельным территориям и областям.

Необходимость проведения более активной и целенаправленной борьбы с пьянством и алкоголизмом требует комплексного, прежде всего социально-гигиенического, подхода к изучению причин, способствующих распространению злоупотребления алкоголем среди отдельных возрастно-половых и общественных групп населения. Особое внимание при проведении этого аспекта исследования будет уделено различным группам молодежи, а также таким профессионально-производственным группам, среди которых отмечается, по нашим данным, сравнительно высокий уровень распространения пьянства и алкоголизма (строители, работники коммунального хозяйства, торговли и общественного питания, автотранспорта и др.).

Внедрение в практику конкретных рекомендаций по устранению причин и условий, порождающих пьянство, приведет к снижению уровня алкоголизма.

Большое народнохозяйственное значение имеет снижение медико-социальных последствий злоупотребления спиртными напитками. Вот почему важное место в Республиканской программе занимают вопросы по изучению влияния злоупотребления алкоголем на возникновение и развитие сердечно-сосудистых заболеваний, болезней органов пищеварения, нервно-психических и др.; определению экономических потерь от алкоголизма и пьянства.

Чрезвычайно актуальными являются исследования по изучению потребности населения в амбулаторной и стационарной наркологической помощи и разработке оптимальной системы ее организации, определению

возможных путей и организационных форм поэтапного перехода к диспансеризации всех злоупотребляющих алкоголем и разработке оптимальной модели системы организации борьбы с пьянством и алкоголизмом на основе разработки системы показателей для оценки эффективности противоалкогольных мероприятий и внедрения АСУ «Алкоголизм и пьянство». В этом плане всестороннего внимания заслуживает проведение экспериментов по отработке моделей комплексной борьбы с пьянством и алкоголизмом на отдельных территориях страны с последующим научным обобщением и внедрением отработанных систем в практику. Конкретная программа проведения научно-организационного эксперимента по совершенствованию системы профилактики и организации борьбы с пьянством и алкоголизмом в условиях промышленного города описана В. П. Бокиным (1980).

Разработка системы противоалкогольного воспитания, предусматривающей пропаганду здорового образа жизни и формирование трезвенических установок у подрастающего поколения, и системы организации противоалкогольной пропаганды среди злоупотребляющих алкоголем по месту работы, в семье послужит фундаментом для разработки и реализации мероприятий по повышению эффективности первичной профилактики алкоголизма.

Подпрограмма II включает в себя изучение этиологии и патогенеза алкоголизма, совершенствование существующих и разработку новых методов диагностики, лечения и профилактики алкоголизма. В результате научных исследований по указанным вопросам будут разработаны рекомендации по ранней диагностике и комплексной реабилитации больных алкоголизмом. Все это позволит резко снизить у них частоту рецидивов и сократить сроки нетрудоспособности.

Таким образом, Республиканская программа комплексных научных исследований алкоголизма на 1981—1990 гг. включает перспективные направления, большинство из которых базируется на начатых уже исследованиях. При этом широко используются программа и методика комплексного социально-гигиенического исследования алкоголизма, разработанные на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения II МОЛГМИ.

Успешное выполнение научных исследований в рамках Республиканской программы позволит разработать единые методические подходы к проведению социально-гигиенических и клинико-экспериментальных исследований, единую систему показателей оценки качества и эффективности противоалкогольных мероприятий, отработать научно обоснованную систему организации борьбы с пьянством и алкоголизмом. Все это несомненно позволит снизить заболеваемость алкоголизмом и медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем.

Глава III

Потребление алкогольных напитков

Динамика потребления алкогольных напитков в экономически развитых странах

Алкоголизм является не только медико-социальной, но и экономической проблемой, так как производство алкогольных напитков во многих странах является одним из существенных источников национального дохода.

Производство и потребление алкогольных напитков в различных странах позволяют косвенно судить о распространенности алкоголизма, поскольку существует определенная связь между производством и потреблением алкоголя, с одной стороны, и усилением пьянства и увеличением числа больных алкоголизмом — с другой. Статистика производства и потребления алкогольных напитков является важной основой для изучения проблемы алкоголизма. В частности, вопросы борьбы с алкоголизмом нельзя выяснить без изучения роли алкоголя в экономике того или иного государства, а также без изучения характера употребления алкогольных напитков.

Для многих стран производство алкоголя — одна из основных отраслей промышленности и экспорта. Как отмечает J. Moser (1974), во Франции виноделием за-

нято 10% населения, причем половина винной продукции экспортируется; в Великобритании спиртные напитки составляют треть суммы экспорта (186 млн. фунтов стерлингов). Только от продажи пива в 1969—1970 гг. доходы федерального правительства Австрии составили 370 млн. долл. [Sargent M., 1973]. На приобретение алкогольных напитков в Австралии расходуется около 230 долл. на каждого жителя в год [1].

Статистика потребления алкогольных напитков оперирует понятием «душевое потребление». Эта величина получается следующим образом: из количества произведенных и ввезенных за год спиртных напитков вычитают вывезенные напитки; полученную для каждого напитка сумму делят на число жителей данной страны. Полученное таким образом «душевое потребление» каждого напитка пересчитывают на абсолютный алкоголь. В результате получают величину потребления алкогольных напитков в абсолютном алкоголе для данной страны за определенный период времени.

Вычисленное таким путем «душевое потребление» алкоголя, как справедливо замечают З. А. Гуревич, А. З. Залевский (1930), имеет два основных недостатка: нивелируются возрастно-половые, социальные, профессиональные, территориальные и другие различия в употреблении алкогольных напитков; получение данных «душевого потребления» алкоголя для определенного отрезка времени в отдельной стране встречает большие трудности, часто эта величина не соответствует истинной. Кроме того, не учитывается нелегальное производство напитков, которое, например, во Франции, составляет 50% от легального, а в некоторые годы равно ему. Не учитывается и миграция населения, хотя туристы не всегда употребляют спиртное в равных количествах с выехавшими за рубеж коренными жителями [Moser J., 1974].

Определенные затруднения встречаются при пересчете на абсолютный алкоголь вина и пива, в которых процент алкоголя различен не только в разных странах, но даже в одной и той же стране.

---

[1] High Price for Our Heavy Drinking.— Outlook Ecos, 1979, N 21, p. 17—22.

В связи с различной возрастно-половой структурой населения в разных странах многие авторы предлагают вести расчет «душевого потребления» алкоголя только на взрослое население (старше 15 лет). Однако было бы не совсем правильно при соответствующих расчетах исключить всех детей до 15 лет. Во многих работах указывается на потребление алкогольных напитков детьми до 15 лет.

Изучение годового потребления алкогольных напитков с учетом различных социальных групп и возрастно-полового состава населения возможно только при условии ежедневных записей о количестве и виде употребляемых напитков у множества людей. Однако такая работа весьма трудоемка и до сих пор она нигде и никем не проводилась. Попытки определить количество потребляемого алкоголя методом анонимных анкет, ранее довольно широко применявшихся [Израэльсон З. И., Петиков В. В., 1926; Розенблюм И. И., 1927; Обухов П. Ф., 1929, и др.], далеки от совершенства. Несовершенно также изучение потребления алкогольных напитков по денежным расходам на алкоголь в общем бюджете различных групп населения.

Таковы некоторые основные недостатки и трудности, связанные с исчислением среднего «душевого потребления» алкогольных напитков и использованием этой величины. Однако величина «душевого потребления» абсолютного алкоголя является основным мерилом при сопоставлении потребления алкогольных напитков населением отдельных стран в различные отрезки времени. Отмеченные выше недостатки в большей или меньшей степени характерны для всех стран, поэтому «душевое потребление» относительно верно отражает действительность и позволяет сравнивать тенденции в распространении употребления алкогольных напитков в различных странах.

Многие зарубежные и отечественные ученые отмечают неуклонную тенденцию к росту количества потребляемых алкогольных напитков на душу населения. По данным J. Moser (1974), ежегодный прирост «душевого потребления» алкоголя составляет: в Австралии — 3,1%, Чехословакии — 5,1%, Польше — 2,6%, Швеции — 5%, Швейцарии — 1,7%, Великобритании — 1,9%, Югославии — 2%. Прирост тем меньше, чем выше уровень «душевого потребления» алкоголя.

В 1971 г. мировое производство спирта достигло почти 8,5 млрд. л [Пыхов В. Г., 1973]. По данным «Statistical Yearbook» (New York, 1974), в этом же году в мире выработано 29 млрд. л вина и 63 млрд. л пива. Каждый житель планеты, по данным Б. М. Левина (1972), в среднем в год потребляет 1 л спирта, 6 л вина и почти 10 л пива. По нашим расчетам, в настоящее время в среднем на одного жителя земного шара в год приходится около 2,4 л спирта, 8,3 л вина и 17,6 л пива, что в переводе на абсолютный алкоголь составляет около 5 л.

Как сообщает американский журнал «Science News» (№ 11, 1979), по данным с 1950 по 1976 г. годовое потребление алкоголя в 25 странах мира повысилось на 30—500% (на 30% в Португалии и на 500% в Западной Германии).

Мы проследили динамику потребления алкогольных напитков (в переводе на абсолютный алкоголь на душу населения в год) по 24 экономически развитым странам мира (табл. 1). Среднегодовой уровень потребления алкоголя на душу населения за 1950—1970 гг. представлен на рис. 2.

Как видно из табл. 1, на всем протяжении с 1906 по 1970 г. самое большое потребление алкоголя на душу населения в год отмечается во Франции, Италии, Швейцарии и Испании. Среднегодовой уровень в 1950—1970 гг. (см. рис. 2) составил в этих странах соответственно 19,2, 15,2, 12,7 и 10,2 л. Далее следует Австрия, США, ФРГ, Бельгия, Австралия, Венгрия, Новая Зеландия, где этот показатель в 1950—1970 гг. составлял от 6 до 10 л в год.

В Югославии, Чехословакии, Румынии, Канаде, Англии, Дании, Швеции, Болгарии, ГДР потребление алкоголя на душу населения в 1950—1970 гг. находится на среднем уровне (от 4 до 6 л).

Сравнительно низкий уровень потребления алкоголя на душу населения в 1950—1970 гг. отмечается в Польше, Финляндии, Нидерландах, Норвегии.

Если проследить потребление алкоголя в динамике (см. табл. 1), то можно отметить, что почти во всех странах (за исключением Испании и Болгарии) в 1923—1926 гг. отмечается уменьшение потребления алкоголя по сравнению с 1906—1910 гг. Это связано с экономическими затруднениями, вызванными первой

Таблица 1

Динамика потребления алкогольных напитков на душу населения в год (в литрах абсолютного алкоголя) по странам мира

Страна	Годы					
	1906—1910	1923—1926	1938—1939	1950	1960	1970
Франция	22,9	20,5	21,3	18,7	19,4	18,6
Италия	17,3	15,9	11,0	11,7	15,5	17,5
Швейцария	13,7	8,9	11,6	11,9	10,8	11,6
Испания	10,8	15,3	—	10,0	8,8	11,6
Австрия	7,8	5,8	—	4,8	7,6	13,2
США	6,9	—	6,4	8,2	8,0	9,5
ФРГ (Германия)	7,5	3,7	4,9	3,3	7,8	11,2
Бельгия	10,6	9,2	5,9	6,6	6,9	9,1
Австралия	5,6	4,3	3,9	6,1	6,6	9,5
Венгрия	7,6	4,6	—	5,1	6,6	8,8
Новая Зеландия	4,6	4,1	3,0	5,8	6,3	7,9
Югославия	—	—	2,8	5,6	4,6	7,3
Чехословакия	4,5	4,4	6,6	3,9	5,5	8,4
Румыния	5,2	2,2	—	—	5,0	6,6
Канада	3,3	1,7	—	4,6	5,2	6,5
Англия	9,7	5,7	6,0	4,9	5,0	6,5
Дания	6,8	2,8	3,2	4,0	4,5	7,4
Швеция	4,3	3,1	3,0	4,0	4,4	6,1
Болгария	3,0	3,8	0,3	3,1	4,0	5,7
ГДР	—	—	—	1,4	4,1	5,9
Польша	—	—	1,5	3,0	3,8	4,8
Финляндия	1,5	—	1,4	2,5	3,0	4,3
Нидерланды	5,0	2,5	4,0	2,1	2,4	5,2
Норвегия	3,3	2,4	2,2	2,1	2,4	3,3

Примечание. Среднегодовые данные о потреблении алкоголя на душу населения за 1906—1910 и 1923—1926 гг. взяты из работы З. А. Гуревича, А. З. Залевского (1930). «Душевое потребление» для последующих периодов исчислено нами на основе данных статистических ежегодников соответствующих стран о производстве алкогольных напитков и численности населения. При исчислении абсолютного алкоголя мы пользовались методикой В. И. Покровского: в водке содержится 40% абсолютного алкоголя, в пиве — 3,5%, в вине — 12%.

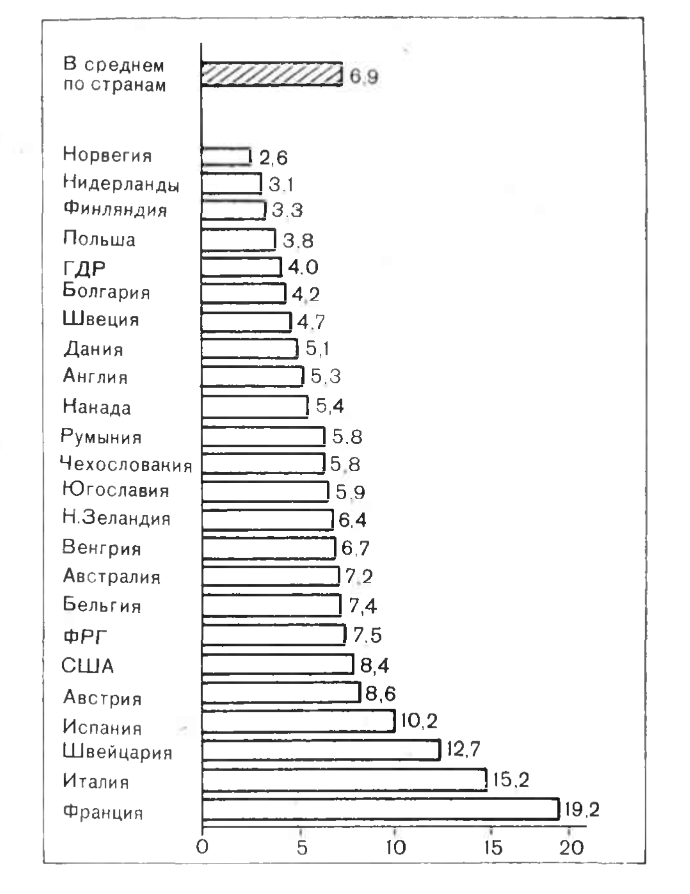


Рис. 2. Потребление алкогольных напитков (в литрах абсолютного алкоголя) на душу населения в год по отдельным странам за 1950—1970 гг.

мировой войной и принятым во всех воюющих странах законом о полном запрещении продажи алкогольных напитков (1914—1918).

Накануне второй мировой войны (1938—1939) потребление алкоголя существенно не изменилось по сравнению с 1923—1926 гг. В одних странах отмечается его незначительное увеличение (Франция, Швейцария, Германия, Чехословакия), в других — даже некоторое уменьшение (Италия, Бельгия, Австралия).

В послевоенный период потребление алкогольных напитков увеличивается, и уже к 1950 г. его уровень сравнялся с довоенным, а в отдельных странах (США, Австралия, Югославия и др.) превысил его.

В последующие годы потребление алкоголя увеличивается почти во всех странах мира за исключением Франции, Италии, Швейцарии, где потребление алкоголя продолжало оставаться в течение ряда лет стабильно высоким.

Последние данные литературы свидетельствуют о том, что ранговое распределение стран по уровню потребления алкоголя на душу населения остается в целом неизменным. По-прежнему первые места по этому показателю занимают «винодельческие» страны. Так, по данным M. Wieser (1978), в 1975 г. по уровню потребления на душу населения (в литрах абсолютного алкоголя) страны распределялись следующим образом: Франция (17), Португалия (16,9), Испания (14,1), Италия (13,4), ФРГ (12,5), Австрия (11,1), Швейцария (10,5), Бельгия (10,1), Австралия (9,7), Венгрия (9,5), Чехословакия (9,1), Канада (9). При этом отмечается, что выраженность алкогольных проблем в винопроизводящих странах выше, чем, например, в Скандинавских странах, имеющих низкие показатели потребления алкоголя.

L. Goldberg (1977) на основании сравнительного анализа статистических данных о ежегодном потреблении алкогольных напитков в разных странах (в целом и в расчете на одного человека) выделяет пять основных типов стран по уровню и характеру употребления алкогольных напитков. Первый тип — страны с преимущественным потреблением вина — дают наиболее высокий уровень потребления [в среднем 14,4 л абсолютного алкоголя на человека в год (вино — 77%, крепкие спиртные напитки — 14,6%, пиво — 8,4%)]. Второй тип — страны с преимущественным употреблением пива и вина; уровень потребления на душу населения составляет 11,6 л (пиво — 42%, вино — 37%, крепкие спиртные напитки — 21%). Третий тип составляют страны, где употребляют преимущественно пиво (60%) и крепкие спиртные напитки (28%) — уровень ежегодного потребления 8,2 л; четвертый тип — страны с преимущественным употреблением вина (42%) и крепких спиртных напитков (34%) — уровень ежегод-

ного потребления 7,8 л; пятый тип — страны с преимущественным употреблением крепких спиртных напитков (58%) и пива (27%) — около 5 л абсолютного алкоголя в год.

Анализируя потребление алкогольных напитков по 25 экономически развитым странам, J. De Lint (1977) указывает, что число стран с «душевым потреблением» 10—20 л абсолютного алкоголя увеличилось с 7 в 1950 г. до 20 в 1973 г.; соответственно уменьшилось число стран (с 18 до 5), в которых потребление алкоголя составляет меньше 10 л.

Анализ литературы о потреблении алкоголя по странам показывает, что вид и количество потребляемых алкогольных напитков совершенно различны не только в разных странах, но и в отдельных районах каждой страны, в разных социальных группах и среди лиц разных профессий.

E. Rosle (1912), изучая употребление алкоголя, отмечал, что у каждого народа наблюдается пристрастие к определенным напиткам, обусловливаемое наличием или отсутствием благоприятных экономических условий для производства тех или иных напитков. Так, например, в Италии и Франции, где производится наибольшее количество вина (более 6 млрд. л в год), отмечается наибольшее его потребление на душу населения (около 110 л).

Во всех странах, за исключением Франции и Чехословакии, в послевоенный период наблюдается увеличение потребления водки и водочных изделий. С социально-экономической точки зрения изучение этой группы алкогольных напитков имеет наиболее важное значение.

Во всех так называемых винодельческих странах проявляется тенденция к увеличению потребления пива. Во Франции потребление пива увеличилось с 22,7 л на душу населения в 1950—1954 гг. до 45,2 л в 1975 г., в Испании — с 3,7 л до 47 л, в Италии — с 3,2 л до 12,7 л соответственно [Wieser M., 1978].

Такова общая характеристика потребления алкогольных напитков в экономически развитых странах. Хотя представленные сведения не могут претендовать на большую точность, так как в официальных публикациях учтена лишь зарегистрированная продукция алкогольных напитков, тем не менее они дают доста-

точное представление как об уровне, так и о динамике потребления алкоголя.

Динамика потребления алкогольных напитков имеет своеобразие в каждой стране. Различные «алкогольные» обычаи, неодинаковый уровень сложившегося противоалкогольного движения, различная глубина кризиса каждой страны, разное законодательство по вопросам борьбы с алкоголизмом определяют динамику потребления алкогольных напитков в различных странах.

Чтобы глубже понять и полнее представить изменения, происшедшие в уровне и характере потребления алкогольных напитков в экономически развитых странах, мы рассмотрим эти процессы несколько детальнее на отдельных наиболее характерных примерах, взятых по сообщениям из ряда стран.

Уровень потребления алкогольных напитков был и остается наиболее высоким во Франции, Италии, Швейцарии и Испании. Огромное значение виноградарства и виноделия в экономике этих стран, мощный винодельческий капитал, широко распространенный обычай повседневного употребления большого количества вина, почти полное отсутствие противоалкогольного движения и законодательства по борьбе с алкоголизмом — все это ставило названные страны с довоенных лет на первое место по потреблению алкогольных напитков. Из этих стран наиболее типичное положение отмечается во Франции.

Во Франции, где потребление алкогольных напитков на душу населения самое высокое в мире, алкоголизм официально признан серьезной проблемой. Как видно из табл. 2, общий уровень и структура потребления алкогольных напитков на протяжении длительного времени не претерпели существенных изменений.

В послевоенный период отмечается определенная тенденция к стабилизации «душевого потребления» алкогольных напитков (в пересчете на абсолютный алкоголь). При относительной стабилизации уровня потребления вина отмечается увеличение потребления пива (почти в 2 раза). Потребление водки и водочных изделий несколько снизилось (с 6,2 л в 1950 г. до 4,8 л в 1970 г.). В структуре потребления алкогольных напитков вино составляет 80% (в пересчете на абсолютный алкоголь).

Таблица 2

Динамика потребления алкогольных напитков во Франции на душу населения в год, л[1]

Алкогольные напитки	Годы			
	1938	1950	1960	1970
Крепкие напитки (в пересчете на 40° водку)	6,2	6,7	4,3	4,8
Вино	132,0	125,0	131,5	122,0
Пиво	—	22,0	35,0	41,0
Всего (в пересчете на абсолютный алкоголь)	21,3	18,7	19,4	18,6

[1] См. примечание к табл. 1.

Значительная алкоголизация населения Франции обусловлена многими факторами и прежде всего развитым виноградарством. Издавна вино — обязательная составная часть крестьянского питания, элемент социальной жизни страны в целом. Традиция повседневного употребления алкоголя существует во Франции столетиями [Бузанский М. М., 1928; Bastide H., 1965, и др.].

Ссылаясь на французского исследователя H. Lable, З. А. Гуревич, А. З. Залевский (1930) подчеркивают, что алкоголизм особенно развит во французской деревне. «Алкоголизм среди крестьян ужасен. Его вызывает вино. Ребенок начинает пить, как только он бросает грудь, иногда даже раньше. С очень раннего возраста он пьет только чистое вино..., женщины также увлекаются им... Результатом этого является умственное вырождение детей, уничтожение прежних прекрасных стариков; у взрослых ухудшение здоровья, семейные сцены». По данным H. Bastide (1965), почти 72% женщин и 83% мужчин убеждены, что вино полезно для здоровья, общественное мнение не осуждает потребление спиртных напитков детьми, больше того, в различных видах алкоголь входит в состав питания детей в школах и интернатах.

Виноделие является одной из важнейших с экономической точки зрения отраслей производства во Фран-

ции. Торговый оборот от производства и продажи алкогольных напитков составляет ежегодно 20 млрд. фр., а государство за счет налогов получает 3,5 млрд. фр. («Экспресс-информация» ВНИИМИ, 1974, № 11).

Разъяснительная работа среди населения о вреде алкоголя затруднительна, так как наталкивается, с одной стороны, на укоренившееся традиционное мнение о благоприятном действии вина, а с другой — ей противостоит реклама, распространяемая фирмами по производству и продаже алкогольных напитков.

Таким образом, интересы тех, кто расширяет производство и продажу алкогольных напитков, и тех, кто потребляет эти напитки и испытывает все последствия алкоголизма, коренным образом расходятся.

Однако следует отметить, что в последние годы во Франции сделаны определенные шаги в борьбе с пьянством и алкоголизмом. В 1954 г. был создан специальный комитет по алкоголизму. В известной мере усилиями этого комитета достигнута стабилизация «душевого потребления» алкоголя. Определенный интерес представляет такая форма борьбы с алкоголизмом, как попытка комитета выработать рекомендации по дневной норме потребления вина. В частности, комитет рекомендует для различных групп населения Франции следующие дневные нормы вина: 0,25 л для юношей в возрасте от 14 до 20 лет; 0,4 л для женщин; 0,5 л для мужчин, ведущих сидячий образ жизни, и 1,1 л для рабочих физического труда [Fleck L., 1970]. Трудно судить о научном обосновании этих норм, но как первый шаг в борьбе с пьянством и алкоголизмом они имеют определенное практическое значение.

Уровень потребления алкоголя на душу населения весьма высок в таких экономически развитых капиталистических странах, как Австрия, США, ФРГ, Бельгия, Австралия и Новая Зеландия. Средний уровень потребления алкоголя на душу населения в 1950—1970 гг. в них составлял от 6,4 до 8,6 л в год (см. рис. 2). Для этих стран в послевоенный период характерно значительное увеличение потребления алкогольных напитков (см. табл. 1), особенно крепких, которое в Австрии, ФРГ, Бельгии, Австралии увеличилось более чем в 3 раза. По данным P. Lorenz, 26% населения ФРГ употребляет алкогольные напитки ежедневно или почти каждый день, 72% населения употребляет ал-

Таблица 3

Динамика потребления алкогольных напитков в США на душу населения в год, л[1]

Алкогольные напитки	Годы			
	1938	1950	1960	1970
Крепкие напитки (в пересчете на 40° водку)	4,7	5,3	5,3	6,2
Вино	4,2	5,9	6,0	7,5
Пиво	80,2	110,0	105,7	125,6
Всего (в пересчете на абсолютный алкоголь)	6,4	8,2	8,0	9,5

[1] См. примечание к табл. 1.

когольные напитки в частных заведениях. По данным J. Schwarz (1975), на одного жителя ФРГ старше 15 лет приходится 1,31 л абсолютного алкоголя, что соответствует 90 бутылкам пива или 180 рюмкам крепких спиртных напитков; около 5% населения ежедневно употребляет более 100 мл абсолютного алкоголя. Как утверждает V. Faust (1976), в ФРГ процветает социально неконтролируемое семейное пьянство: алкоголь в семьях употребляется почти наравне с мясом и колбасой, но в меньших количествах, чем хлеб. В 1973 г. потреблялось пива в количестве 92 млн. гл, вина — около 20 млн. гл, крепких спиртных напитков — 5 млн. гл, что составляет свыше 12 л в год на душу населения. Мужчины употребляют алкогольные напитки в 3 раза чаще, чем женщины.

Неуклонно увеличивается потребление абсолютного алкоголя на душу населения в США (с 6,4 л в 1938 г. до 9,5 л в 1970 г.) (табл. 3).

В США увеличивается потребление всех видов алкогольных напитков; среднегодовой рост составляет 0,7% по потреблению пива, 0,9% — водки и 1,3% — вина. В структуре потребления алкогольных напитков преобладает пиво, на долю которого приходится более 50% (в пересчете на абсолютный алкоголь). Среднее потребление алкоголя лицами старше 14 лет на 30% больше, чем 15 лет назад, и составляет 2,6 галлона (1 галлон=3,785 л) спирта в год; 10 млн. взрослых

американцев, или 7% населения в возрасте 18 лет и старше являются алкоголиками или пьяницами[1].

По данным ряда авторов [Jellinek E., 1955; Berger H., 1959; Mulford H., Miller D., 1960; Joochim H., 1973], 71—80% взрослого населения регулярно потребляет спиртные напитки. Полиция ежегодно задерживает более 50 млн. человек за нарушения общественного порядка в состоянии алкогольного опьянения. M. Block (1970), обобщив данные ряда авторов, утверждает, что от 33 до 60% студентов высшей школы употребляют спиртные напитки. Пьянство широко распространено среди подростков.

По данным Г. А. Мендельсона, Ю. М. Ткачевского (1959), в США около 3 млн. подростков испытывают тягу к регулярному употреблению спиртных напитков.

Результаты опроса 4000 учащихся 29 общественных и частных школ Нью-Йорка в 1959—1960 гг. свидетельствуют о том, что алкоголь употребляли 80% опрошенных подростков, из них в возрасте 14 лет — 79%, 16 лет — 90%. У часто пьющих родителей употребляют алкоголь 93% детей, у случайно пьющих — 87%, у непьющих — 46%. Из 1000 учащихся старших классов, опрошенных в 1959—1960 гг. в штате Висконсин, в городах употребляли алкоголь 63% и в сельской местности — 44%. В Висконсине употребляли алкоголь 90% отцов и 80% матерей учащихся [McCarthy R., 1960 г.].

Директор Национального института алкоголизма M. Chafetz (1974) выразил «глубокую озабоченность» большой частотой употребления алкоголя молодежью и обвиняет общество в «молчаливом согласии» с таким положением. «Я изучаю эту проблему 20 лет и поражаюсь тому, что 14% юношей-старшеклассников пьют по крайней мере 52 раза в год. Это не укладывается в моем сознании». В своей статье «Алкоголь, алкоголизм и общественная политика» (1978) он утверждает, что алкоголизм и злоупотребление алкоголем является серьезной проблемой для американского народа.

Обычными мерами для уменьшения потребления алкоголя является нормирование распределения, сокращение производства и повышение цен на алкогольные напитки. В настоящее время в США предлагается

---

[1] The New York Time, 1980, 20 Jan., p. 44.

«гибкое замещение» напитков, содержащих алкоголь, безалкогольными напитками.

Однако борьба с алкоголизмом в США, так же как и в других капиталистических странах, сталкивается с трудностями в виде заинтересованности предпринимателей в расширенном производстве алкоголя.

Сравнительно высок уровень потребления алкогольных напитков в настоящее время в некоторых социалистических странах ВНР, ЧССР, СРР, СФРЮ (от 6,6 до 8,8 л абсолютного алкоголя на душу населения). В этих странах отмечается заметная тенденция к росту потребления алкогольных напитков.

В странах с меньшим потреблением алкогольных напитков (до 6 л абсолютного алкоголя) — ГДР, НРБ, ПНР и др.— также отмечается тенденция к увеличению потребления алкогольных напитков. По данным H. Heinroth, W. Schmidt, W. Schmincke (1978), потребление алкогольных напитков за последнее время возросло с 6,1 л (абсолютного алкоголя в 1970 г.) до 8,1 л в 1976 г. Население ПНР тратит на алкоголь до 60 млрд. злотых в год, что составляет 25% от сумм, затрачиваемых на питание. Около 25% алкогольных напитков реализуется через предприятия общественного питания, 75% — через торговую сеть.

По данным I. Moser (1974), полное воздержание мужского населения от употребления алкогольных напитков отмечено только в Индии и Египте. В Финляндии не употребляют алкогольных напитков лишь 5% взрослых мужчин, в Нидерландах — 14%, в Швеции — 10%, в Японии — 20—30%; во Франции мужчина, не употребляющий алкоголя, является исключением. Чаще наблюдается абстиненция у женщин: в Финляндии — 15—30%, Нидерландах — 22%, Японии — 70%. На Филиппинских островах пьют только женщины, принадлежащие к «элите». Однако процент женщин и молодых людей, приобщающихся к алкоголю, постоянно увеличивается во всех странах.

Потребление алкогольных напитков в дореволюционной России и СССР

Потребление алкогольных напитков в дореволюционной России было сравнительно большим и составляло в 1913 г. 4,7 л абсолютного алкоголя на душу на-

Таблица 4

Потребление алкогольных напитков в России на душу населения, л

Алкогольные напитки	Годы	
	1906—1910 (среднегодовые данные)	1913
Водка 50°	6,0	8,6
Вино	0,8	1,4
Пиво	6,2	6,7
Всего (в пересчете на абсолютный алкоголь)	3,4	4,7

селения [Гуревич З. А., Залевский А. З., 1930]. Увеличение потребления алкоголя на душу населения к 1913 г. по сравнению с 1906—1910 гг. (табл. 4) происходило в основном за счет водки (с 6 до 8,6 л).

Сопоставление душевого потребления алкоголя на душу населения по ряду стран позволило русским исследователям [Озеров И. Х., 1909; Дмитриев В. К., 1911; Канель В. Я., 1914] сделать вывод, что уровень душевого потребления еще не служит достаточным критерием распространения пьянства среди населения. Они придавали важное значение соотношению между расходами на спиртные напитки и доходами на душу населения и характеру употребления алкогольных напитков. В России употребляли главным образом водку, которую пили обычно стаканами, часто без закуски и на голодный желудок. Это вызывало весьма быстрое опьянение и очень часто приводило к смерти «от опоя». З. А. Гуревич, А. З. Залевский (1930) приводят данные о том, что во Франции, где потребление алкогольных напитков было в 7 раз выше, чем в России, на 1 млн. населения приходилось 11,5 случая смерти от острого алкогольного отравления, а в России — 55.

Одним из наиболее отрицательных последствий алкоголизации в России являлось распространение алкоголизма среди детей и подростков [Григорьев Н. Н., 1900; Коровин А. М., 1908; Канель В. Я., 1914, и др.].

Потребление алкогольных напитков в России было не одинаковым в городах и селах. По расчетам В. И. Покровского, на одного взрослого приходилось в

деревне 18,4 л водки, в городах — 49,2 л, в крупнейших центрах — 86,1 л.

В 1914 г. в связи с начавшейся мировой войной царское правительство было вынуждено ввести запрет на продажу крепких спиртных напитков. Однако в обстановке глубоко укоренившихся алкогольных привычек и при отсутствии какой-либо борьбы с алкоголизмом, при государственной политике спаивания народа почти полный запрет продажи алкогольных напитков весьма скоро обнаружил свою несостоятельность. Ряд анкетных обследований, проведенных Харьковским, Полтавским, Пермским и другими земствами в начале запрета, показал, что население с первого года запрета довольно широко начинает употреблять различные алкогольные суррогаты. На выставке по вопросам организации разумных развлечений для народа в 1915 г. фигурировал в качестве экспоната обширный ассортимент спиртных напитков (около 20 видов), которые изготовлялись из денатурированного спирта, лака, политуры и одеколона. Эти изделия совершенно свободно продавались на рынке под специальными названиями «ханжа», «дымок» и др. Наконец, сначала в домашнем обиходе, а затем и повсеместно в вольной продаже появляется заменитель водки — пресловутый русский самогон.

Возникнув в деревне, самогоноварение из года в год получает все большее и большее распространение. Из деревни самогон постепенно проникает в города и его распитие становится обычным явлением. Потребление алкогольных суррогатов и самогона достигает высшей точки с окончанием гражданской войны и переходом к новой экономической политике.

Совет Народных Комиссаров РСФСР 19 декабря 1919 г. принял подписанное В. И. Лениным постановление «О воспрещении на территории РСФСР изготовления и продажи спирта, крепких напитков и не относящихся к напиткам спиртсодержащих веществ» («Известия ВЦИК», 1 января 1920 г.). Несмотря на строжайшее наказание за самогоноварение, предусмотренное данным постановлением, самогон оставался наиболее распространенным алкогольным напитком в стране. Если в 1922 г. было обнаружено 94 тыс. случаев самогоноварения, то в 1924 г. — 275 тыс., в 1922 г. отобрано 22 тыс. самогонных аппаратов, а в 1924 г. —

73 тыс.[1]. По данным В. М. Четыркина (1924), ущерб, наносимый народному хозяйству самогонным промыслом вследствие траты зерна, топлива и т. п., составил в 1924 г. 235 млн. р.

Колоссальное потребление самогона, склонное к непрерывному увеличению, огромный ущерб, наносимый народному хозяйству самогоноварением, значительное количество токсичных сивушных масел в самогоне, доступность самогона в любое время и в любой деревне и связанная с этим опасность бесконечного расширения пьянства среди населения, наконец, безуспешность административных мер по борьбе с самогоноварением — все это вынудило правительство взять на себя производство водки и ввести винную монополию. Это было сделано и летом 1925 г. была расширена продажа 40° водки.

С отменой запрета на продажу спиртных напитков начала развиваться промышленность, вырабатывающая алкогольные напитки, особенно спирт, необходимый для производства водки и водочных изделий. Число винокуренных заводов увеличилось со 133 в 1924—1925 гг. до 433 в 1927—1928 гг., а производство спирта за этот период возросло в 5,7 раза и составило в 1927—1928 гг. 219,6 млн. л [Гуревич З. А., Залевский А. З., 1930].

В 1927 г. потребление абсолютного алкоголя на душу населения увеличилось более чем в 4 раза по сравнению с 1925 г., в основном за счет увеличения потребления водки (без учета самогона). Если учесть производство самогона, то потребление алкогольных напитков на душу населения будет значительно выше. ЦСУ РСФСР в 1928 и 1929 гг. обследовало по специальной анкете более четверти крестьянских хозяйств в сельских районах РСФСР. Обработка около 26 тыс. анкет позволила сделать ряд выводов, которые, не претендуя на полную достоверность, давали представление о потреблении спиртных напитков в деревне в 1927 г. (623 500 л самогона, что составило 7,5 л на душу населения). Процент крестьянских хозяйств, потребляющих спиртные напитки, составил 83,9[2].

---

[1] Дейчман Э. И. Алкоголизм.— БМЭ, 2-е изд., т. 1, с. 734.
[2] Алкоголизм в современной деревне.— М., 1929.

Таблица 5

Увеличение производства этилового спирта (по В. Г. Пыхову)

Год	Спирт, млн. дал	
	всего	в том числе из пищевого сырья
1940	89,9	89,2
1950	73,0	66,8
1960	170,7	105,3
1965	236,0	128,7
1970	279,6	158,1

В последующие годы производство алкогольных напитков увеличивается. Этилового спирта к 1940 г. произведено 89,9 млн. дал, из которых 39% шло на изготовление водки и ликеро-водочных изделий [Пыхов В. Г., 1973]. В 1940 г. в стране производилось 19,7 млн. дал виноградного вина и 121,3 млн. дал пива [1], т. е. количество всех алкогольных напитков (в пересчете на абсолютный алкоголь) составило в 1940 г. 1,9 л на душу населения.

В послевоенный период производство всех алкогольных напитков к 1950 г. достигло почти довоенного уровня, и в последующем отмечается его увеличение.

Так, производство этилового спирта к 1970 г. по сравнению с 1940 г. увеличилось в 3,1 раза и составило 279,6 млн. дал (табл. 5).

По данным В. Г. Пыхова, примерно 50% производственного этилового спирта (преимущественно выработанного из пищевого сырья) расходуется на пищевые и медицинские цели; 60—62% от общей поставки спирта для этих целей идет на изготовление водки и ликеро-водочных изделий, около 30% — на изготовление различных вин. В послевоенные годы в нашей стране получила значительное развитие винодельче-

[1] Народное хозяйство СССР в 1967 г.: Статистический ежегодник.— М.: Статистика, 1968, с. 308.

Таблица 6

Увеличение производства виноградного вина и пива, млн. дал[1]

Год	Виноградное вино	Пиво
1940	19,7	121,3
1950	23,8	130,8
1960	77,7	249,8
1965	133,9	316,9
1970	268,0	419,0
1975	297,0	571,0
1979	294,0	633,0

[1] Народное хозяйство СССР в 1975 г.: Статистический ежегодник.— М.: Статистика, 1976, с. 296; Народное хозяйство СССР в 1979 г.: Статистический ежегодник.— М.: Статистика, 1980, с. 210.

ская промышленность. Так, в 1960 г. выпуск виноградного вина по сравнению с 1940 г. увеличился в 6,4 раза, с 1960 по 1970 г. продукция винодельческой промышленности возросла в 3 раза и составила 35,8% от общего объема алкогольных напитков [Бывшев В. Ф., Белоусова Е. А., 1973].

Динамика производства виноградного вина и пива в нашей стране представлена в табл. 6. Как видно из таблицы, производство виноградного вина увеличилось по сравнению с довоенным уровнем в 15 раз, а пива — в 5 раз.

Рост производства алкогольных напитков сопровождается увеличением их потребления на душу населения, которое в середине 60-х годов составляло 4,7 л [Герцензон А. А., 1966], в дальнейшем прослеживается тенденция к увеличению этого показателя. Об увеличении потребления алкоголя свидетельствует увеличение продажи алкогольных напитков населению.

На то, что структура потребляемых алкогольных напитков и динамика ее изменения являются важными аспектами в характеристике алкогольного потребления, указывают многие авторы. Доказано, что характер опьянения и поведения пьющих в значительной мере определяется качеством употребляемых алко-

гольных напитков. Чем больше в структуре потребления преобладают крепкие спиртные напитки, тем более выражены отрицательные последствия их употребления. Как отмечает Г. Г. Заиграев (1980), среди алкогольных напитков, потребляемых населением, преобладает водка, в то время как удельный вес сухих виноградных вин и пива очень незначителен. Так, например, 69,5% опрошенных жителей г. Кирова указали на водку, как наиболее часто употребляемый алкогольный напиток, 22,7% — на крепленые виноградные и плодово-ягодные вина, 20,8% — на пиво. Структура винно-водочных изделий во многих регионах страны идентична указанной, она несколько меняется в зависимости от национальных традиций, природно-географических и некоторых иных условий. В южных районах, например, заметно возрастает в структуре потребления удельный вес сухих виноградных вин, а в районах Урала, Сибири и Севера значительно повышается доля крепких напитков. Эти особенности в структуре потребления алкогольных напитков по различным регионам страны в значительной мере обусловлены их доступностью (наличием в продаже, ценами на него и т. п.), что в конечном счете и формирует у людей устойчивые установки на употребление определенного вида винно-водочных изделий.

Следует отметить, что у нас в стране в последние 10 лет удельный вес водки и других крепких спиртных напитков в структуре производства и потребления всех алкогольных напитков заметно снизился. Вместе с тем следует отметить, что производство виноградных вин, как видно из табл. 6, за этот период увеличилось незначительно. Следствием этого, как пишет Г. Г. Заиграев, явилось то, что «на фоне общего роста потребления алкогольных изделий на душу населения, потребление виноградных вин в 70-х годах сохранилось практически на том же уровне», а потребление плодово-ягодных вин за этот период даже несколько увеличилось[1].

Крепленые и плодово-ягодные вина по своему качеству уступают виноградным винам, они значительно быстрее приводят пьющего в состояние тяжелого опья-

---

[1] Заиграев Г. Г. Проблемы профилактики пьянства.— М.: Знание, 1980, с. 24—25.

нения и намного увеличивают губительное воздействие алкоголя на организм человека. До поступления на лечение 80% больных алкоголизмом систематически употребляли крепленые и плодово-ягодные вина [1].

В настоящее время принимаются меры по сокращению производства и повышению качества выпускаемых плодово-ягодных вин. В «Литературной газете» (1981, 15 июля) помещена заметка «Вин низкого качества станет меньше», в которой, в частности, говорится, что Министерство пищевой промышленности СССР совместно с Министерством торговли СССР, Министерством здравоохранения СССР, Госстандартом СССР рассмотрели положение дел с выпуском плодово-ягодных вин. В результате многие вина («Волжское», «Белое», «Розовое», «Красное крепкое» и др.) из-за плохого их качества были сняты с производства. Ряд предприятий, занимающихся производством плодово-ягодных вин, были закрыты. С целью повышения требований к выпуску плодово-ягодных вин сокращена на 20% их общая выработка, уточнена и улучшена технология производства вин.

Как отмечает в газете «Правда» Б. Шумилин [2], потребление водки и ликеро-водочных изделий в стране на душу населения в 1981 г. уменьшилось по сравнению с 1978 г. на 6% и плодово-ягодных вин — на 38%. В настоящее время стало больше выпускаться высококачественных виноградных вин и пива.

---

[1] Дорофеев В. Час волка.— Литературная газета, 1979, 31 окт.

[2] Шумилин Б. И убеждать и требовать.— Правда, 1982, 17 июля.

Глава IV

Распространенность алкоголизма

Распространенность алкоголизма по отдельным странам мира

Данные потребления алкоголя на душу населения в различных странах, как мы отмечали выше, лишь косвенно позволяют судить о распространенности злоупотребления алкогольными напитками. Более конкретное представление о размерах этого явления дают показатели заболеваемости алкоголизмом. Следует отметить, что изучение распространенности алкоголизма — одна из сложных задач медицинской статистики, психиатрии и социальной гигиены. Сложность заключается прежде всего в методических трудностях и отсутствии надежных методик.

В соответствии с Международной классификацией болезней, травм и причин смерти (восьмого пересмотра) алкоголизм относится к классу «психические расстройства» и включает в себя следующие рубрики:

291. Алкогольный психоз
    - 291.0 Белая горячка
    - 291.1 Психоз корсаковский (алкогольный)
    - 291.2 Другие алкогольные галлюцинозы
    - 291.3 Алкогольная паранойя
    - 291.9 Другие и неуточненные алкогольные психозы

303. Алкоголизм
    - 303.0 Эпизодическое злоупотребление алкоголем
    - 303.1 Постоянное злоупотребление алкоголем
    - 303.2 Алкогольная наркомания
    - 303.9 Другие и неуточненные проявления алкоголизма

К алкоголизму как заболеванию, кроме алкогольного психоза, относится алкогольная наркомания (303.2), имеющая конкретную симптоматику болезни. Другие подрубрики (303.0, 303.1, 303.9) указывают на факт злоупотребления алкоголем, который еще не является основанием для того, чтобы ставить медицинский диагноз «алкоголизм».

Учитывая несовершенство приведенной классификации, многие авторы в разных странах до сих пор придерживаются собственных классификаций, что

значительно затрудняет сравнение результатов исследований в различных странах. В настоящее время вводится Международная классификация болезней, травм и причин смерти (девятого пересмотра) [1], в которой предлагаются все состояния, возникающие в результате употребления алкоголя и характеризующиеся своеобразными психическими и соматическими расстройствами, поведенческими и другими реакциями, наличием синдрома алкогольной зависимости, относить к рубрике 303 «Хронический алкоголизм». Случаи острой интоксикации и состояния «перепоя», т. е. пьянство или чрезмерное употребление алкоголя, включены в рубрику 305 «Злоупотребление лекарственными средствами без явлений зависимости» (подрубрика 305.0 — злоупотребление алкоголем). Патологическое опьянение, вызываемое относительно малыми дозами алкоголя, без заметных неврологических признаков интоксикации, рассматривается как особая индивидуальная реакция организма на алкоголь. Оно относится к алкогольным психозам (291.4).

Уточнения, внесенные в классификацию болезней, дифференцируют злоупотребление алкоголем на случаи с явлениями алкогольной зависимости (больные алкоголизмом) и без них (пьянство), что соответствует и нашей точке зрения. Переход на эту классификацию будет способствовать единому подходу к изучению распространенности злоупотребления алкоголем (пьянства и алкоголизма).

В связи с отсутствием государственной регистрации и учета больных алкоголизмом зарубежные психиатры часто вынуждены определять распространенность алкоголизма среди населения по данным больничной статистики, смертности больных алкоголизмом, результатам отдельных выборочных исследований, а также по потреблению алкогольных напитков на душу населения и финансовым расходам на их изготовление [Качаев А. К., Ураков И. Г., 1975].

При изучении распространенности алкоголизма в зарубежных странах мы использовали материалы ВОЗ — ежегодники мировой санитарной статистики, годовые отчеты, журналы «Хроника ВОЗ», «Здоровье

---

[1] Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти.— Женева: ВОЗ, 1980.

мира» и другие официальные документы, а также данные отечественной и зарубежной литературы [Дмитриев Б. Н., 1967; Добровольский Ю. А. 1968; Петраков Б. Д., 1969, 1972, 1976; Bastide H., 1965; Fleck L., 1970; Schmidt L., 1972, 1974, и др.].

Несмотря на неполноту данных об алкоголизме, многие авторы отмечают, что с увеличением в послевоенный период потребления алкогольных напитков на душу населения наблюдается непрерывный рост заболеваемости хроническим алкоголизмом во всех странах мира, особенно в высокоразвитых, хотя эти процессы не всегда идут строго параллельно. Четко прослеживается прямая зависимость между потреблением алкоголя и распространением алкоголизма: в странах с высоким уровнем потребления алкогольных напитков на душу населения отмечаются более высокие показатели распространения алкоголизма и смертности от цирроза печени.

Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости в 1974 г. посвятил проблеме потребления алкогольных напитков специальный доклад[1]. В нем подчеркивается, что в связи с ослаблением борьбы с алкоголизмом алкогольные напитки в последнее время стали более доступными и показатели «чрезмерного» употребления алкоголя и связанной с этим смертности резко возросли. Приводятся данные по экономически развитым странам мира о числе лиц, ежедневно употребляющих количество алкогольных напитков, эквивалентное 150 мл абсолютного спирта.

Из приведенных данных видно, что 1—9% лиц в возрасте 15 лет и старше предаются неумеренному пьянству, т. е. ежедневно употребляют в среднем более 150 мл абсолютного спирта, что эквивалентно 375 мл 40° водки, 1 л вина (крепостью 15—16°) или 3 л пива (крепостью 5°).

Сопоставление этих данных с данными о потреблении алкоголя на душу населения (см. табл. 1, рис. 2) также указывает на определенную коррелятивную зависимость между общим показателем потребления алкоголя на душу населения и показателем «чрезмерного» употребления, а именно, в странах с высоким

---

[1] Алкоголь: растущая опасность.— Хроника ВОЗ, 1975, т. 29, № 7, с. 342—345.

Число лиц, ежедневно употребляющих в среднем 150 мл абсолютного спирта, на 100 000 населения в возрасте 15 лет и старше по странам мира (1970):

Франция	9050	ГДР	2760
Италия	7390	США	2690
Испания	5350	СФРЮ	2680
Люксембург	5000	Дания	2470
ФРГ	4820	Канада	2460
Португалия	4690	Великобритания	2130
Швейцария	4420	Швеция	1990
Австрия	3690	Нидерланды	1870
Бельгия	3650	ПНР	1870
ВНР	3630	Ирландия	1830
Австралия	3290	Финляндия	1500
Новая Зеландия	3040	Норвегия	1150

уровнем потребления абсолютного алкоголя на душу населения (Франция, Италия, Испания, ФРГ и др.) больше лиц, чрезмерно употребляющих алкоголь.

По данным ВОЗ и литературы [Петраков Б. Д., 1972; Качаев А. К., Ураков И. Г., 1975; Moser J., 1974], показатели распространенности алкоголизма в высокоразвитых странах колеблются от 10 до 100 больных на 1000 населения. Число больных алкоголизмом за период с 1930 по 1965 г. увеличилось более чем в 50 раз [Дмитриев Б. Н., 1967]. По данным Ю. А. Добровольского (1968), в западных странах 15% мужчин и 5% женщин употребляют алкоголь регулярно в больших количествах. Считается, что из каждых 5 злоупотребляющих алкоголем лиц у одного-двух развивается хронический алкоголизм. По данным мировой статистики, из числа пьющих лиц от 3 до 6% становятся алкоголиками [Стрельчук И. В., 1971].

На основании данных выборочных исследований по 15 экономически развитым странам (Англия, Дания, США, ФРГ, Канада и др.) Б. Д. Петраков (1969, 1976) установил, что средневзвешенный ежегодный показатель распространения хронического алкоголизма на 1000 населения увеличился с 0,3 в 1900—1929 гг. и 3,3 в 1930—1940 гг. до 12,3 в 1956—1975 гг. Этот показатель для городских жителей составлял в 1960—

1975 гг. в среднем 14,8, а для сельских жителей — 6,2 на 1000 населения.

Многие исследователи [Виккер В. Л., Ларин С. Н., 1967; Герман Г. Н., 1971; Гордееня Ф. Ф., 1971; Борисова К. В., 1972; Корытова Н. Г., Митюхляева А. В., Худякова А. А., 1972, Романова М. В., 1973; Keller M., Efron V., 1956; Curlee J., 1970, и др.] отмечают рост заболеваемости алкоголизмом женщин и молодежи. Если в конце XIX — начале XX века в экономически развитых странах на 10 больных алкоголизмом мужчин приходилась одна женщина, страдающая хроническим алкоголизмом, то в настоящее время это соотношение стало 6 : 1.

Алкоголизм среди женщин проявляет склонность к еще большему распространению. По данным частных лечебниц, женщины составляют 33% больных алкоголизмом [Lindbeck V., 1972]. Terhune (1969) отмечает, что число мужчин, страдающих алкоголизмом, в 5 раз превышает число женщин с этим заболеванием в малообеспеченных социальных группах, но в высокообеспеченных слоях общества алкоголизмом страдают мужчины и женщины в равной степени. Как утверждает автор, это может свидетельствовать либо о том, что алкоголизм шире распространен среди обеспеченных женщин, либо о том, что эти женщины чаще обращаются за медицинской помощью.

Алкоголизм у женщин чаще, чем у мужчин, общество воспринимает не как болезнь, а как позорную привычку, поэтому женщины чаще скрывают свое заболевание. Так, J. Deshaies (1965) пишет, что «нетерпимость общества к женскому алкоголизму» — важнейшая сдерживающая причина распространения алкоголизма среди женщин. По данным ряда авторов, женщины начинают пить в более старшем возрасте, чем мужчины, но быстрее переходят от контролируемых выпивок к бесконтрольному злоупотреблению алкоголем. Считается, что пьют «до бесчувствия» значительно чаще женщины [Lindbeck V., 1972].

Особенно распространено в последние годы злоупотребление алкоголем среди юношества. Из состоящих на учете в 18 наркологических центрах ФРГ 10% составили «морально распущенные» юноши и девушки в возрасте до 25 лет, причем все они нуждались в лечении.

Известные исследователи и инициаторы противоалкогольного движения в НРБ Б. Братанов и Д. Братанов (1973) утверждают, что угроза алкоголизации молодого поколения в современной жизни, подчиненной индустриализации и урбанизации, становится все более реальной. В связи с ростом распространенности хронического алкоголизма заметно увеличились и показатели госпитализации этого контингента больных в различных странах. Определенный интерес представляют данные о распространенности алкоголизма в ведущих экономически развитых странах мира.

Наиболее велика распространенность алкоголизма во Франции. H. Bastide (1965), F. Herber (1970) указывают, что 4% населения Франции страдают хроническим алкоголизмом. В работе «Развитие алкоголизма во Франции» H. Bastide (1965) писал, что из 1,5 млн. французов, систематически употребляющих спиртные напитки, на каждого приходится в среднем 200 г абсолютного спирта в день. В результате, отмечает автор, в 1962 г. в стране на 100 000 жителей 27 человек умерли от «острого алкогольного отравления» и 50 — от «алкогольного цирроза печени».

Из общего числа страдающих алкоголизмом почти 12% приходится на женщин [Lengrand Z., 1964]. L. Fleck (1970), ссылаясь на D. May отмечает, что среди взрослых мужчин (от 20 до 55 лет) около 13% больны хроническим алкоголизмом. В 1975 г. в стране насчитывалось примерно 2 млн. больных алкоголизмом, а число чрезмерно пьющих достигло 4,5 млн. [Wieser M., 1978]. По данным Национального комитета по борьбе с алкоголизмом, во Франции около 40,5 тыс. человек в 1974 г. умерли от прямых или косвенных последствий алкоголизма.

По данным ВОЗ, число больных алкоголизмом во Франции в 1971—1972 гг. достигало 40 на 1000 населения. Как сообщалось в газете «Time», лица, страдающие алкоголизмом, в этой стране составляют 10—12% от общей численности населения. Однако следует подчеркнуть, что в разных источниках эти показатели существенно отличаются, что, по всей видимости, объясняется различным толкованием термина «алкоголик».

Работы французских ученых свидетельствуют о том, что распространенность алкоголизма увеличивается со

снижением квалификации работающих. Существует отчетливая связь чрезмерного употребления алкоголя с такими видами труда, при которых работающие подвергаются воздействию производственных вредностей. Распространенность алкоголизма также выше среди лиц, проживающих в перенаселенных жилищах. Так, S. Ammar (1972) отмечает, что среди земледельцев Бретани, строительных и дорожных рабочих алкоголизм распространен значительно больше, чем среди лиц других профессий.

Ряд французских исследователей, отмечая рост алкоголизма, указывают прежде всего на увеличение числа больных хроническим алкоголизмом среди поступающих в психиатрические стационары: женщин на 51%, а мужчин на 70% от общего числа госпитализированных.

О распространенности алкоголизма в известной степени свидетельствуют возрастающие показатели смертности от цирроза печени. По данным ВОЗ, смертность от цирроза печени во Франции в 1970 г. составляла среди мужчин 50,4, среди женщин — 20,8 на 100 000 населения.

Алкоголизм значительно распространен и в Италии. Из отдельных работ известно, что среди населения Италии имеется не менее 1% больных тяжелым алкоголизмом. Так, M. Keller (1964) сообщает, что в этой стране не менее 530 тыс. больных тяжелым алкоголизмом нуждаются в срочном лечении и последующей реабилитации. В северных районах Италии, где употребляют больше крепких спиртных напитков, число больных алкоголизмом очень быстро увеличивается (прирост от 15 до 18%) [Mastrangelo G., 1970]. Параллельно алкоголизму у мужчин растет и алкоголизм у женщин [Milano T., 1965].

Цирроз печени, обусловленный алкоголизмом, составляет в Италии 65% от общего числа зарегистрированных случаев цирроза. Смертность от цирроза печени увеличилась с 1959 г. по 1967 г. в 1,6 раза и составила 24,8 случая на 100 000 жителей [Snapper J., 1971]. По данным ВОЗ, смертность от цирроза в 1970 г. составила 26,9 (39,3 среди мужчин и 14,9 среди женщин) на 100 000 населения.

В Швейцарии, которая занимает третье место после Франции и Италии по потреблению абсолютного алко-

голя на душу населения, распространенность алкоголизма примерно в $1^1/_2$—2 раза меньше, чем в этих странах. По материалам ВОЗ, в 1940—1950 гг. распространенность алкоголизма колебалась от 23 до 25 случаев на 1000 населения. В 60-х годах на 1000 взрослого населения приходилось 23,8 больного алкоголизмом, в 1971—1972 гг.— 20 на 1000 мужского и 4,7 — на 1000 женского населения. Следовательно, в Швейцарии с населением около 5 млн. человек насчитывается приблизительно 125 тыс. больных алкоголизмом, что составляет более 2% населения.

Обращает на себя внимание весьма значительный процент госпитализированных среди страдающих алкоголизмом. H. Solms (1964) сообщает, что в 1937—1959 гг. среди госпитализированных в психиатрические стационары Женевы мужчин 40% страдали хроническим алкоголизмом. В Швейцарии на 100 000 населения 22 человека умирают от алкоголизма, кроме того, 14 человек умирают от цирроза печени, вызванного алкоголизмом [Snapper J., 1971]. По данным ВОЗ, смертность от цирроза печени составляет 16 на 100 000 населения (25,8 у мужчин и 6,5 у женщин).

Очень остро стоит проблема алкоголизма в США. По данным ВОЗ, в 40—50-х годах показатель распространенности алкоголизма колебался от 39,5 до 44 случаев на 1000 населения. У мужчин этот показатель составил 75,9, у женщин — 13,4 случая [Петраков Б. Д., 1972].

По данным E. Jellinek (1955), H. Berger (1959), H. Mulford, D. Miller (1960), K. Bowman (1962), в США в 1950—1955 гг. насчитывалось 4,5—5,5 млн. хронических алкоголиков, что составляло почти 3% всего населения, или 4% взрослого.

Алкогольные заболевания занимают основное место в структуре всей заболеваемости. H. Mulford, D. Miller указывают, что в США насчитывается 2,5 млн. только «тяжелых, запущенных» алкоголиков; это составляет около 1,5% всего населения. По данным V. Lindbeck (1972), в США насчитывается 80 млн. пьющих, из которых 6,5 млн., т. е. каждый тринадцатый, являются алкоголиками. По мнению W. Robert и соавт. (1972), врачи общей практики наблюдают не более 10% хронических алкоголиков, имеющихся в стране. H. Archibald, R. Tuddenham (1965) отмечают,

что среди военнослужащих США и ветеранов войны имеется около 20% хронических алкоголиков.

В настоящее время официальная статистика свидетельствует, что в США насчитывается 9 млн. хронических алкоголиков. Число алкоголиков в стране увеличилось с 5 млн. в 1958 г. до 6,5 млн. в 1966 г. и 9,6 млн. в 1971 г. Примерно 10% лиц, употребляющих спиртные напитки, считаются алкоголиками; среди них около 25% составляют женщины и 5% подростки и молодежь в возрасте от 10 до 19 лет[1].

По данным Национального центра профилактики алкоголизма и борьбы с ним, все население США делится на пять групп: непьющие, умеренно пьющие, «проблемные пьяницы», интенсивно пьющие и алкоголики. «Проблемные пьяницы» (те, кто наносит ущерб себе, своей семье или обществу) составляют 10% населения. Так как отношение к пьянству в различных социальных группах неодинаково, то «проблемным пьяницей» считают любого пьющего или пьющего в одиночку, пьющего только вино или только крепкие алкогольные напитки. Все алкоголики по прогнозу делятся на три группы: психотические (5—10%), опустившиеся обитатели «дна» (3—8%), «средние алкоголики» (более 70%).

Вице-президент Американского медицинского общества по борьбе с алкоголизмом доктор M. Block (1970) заявил, что среди рабочих промышленности имеется 2 млн. алкоголиков, что составляет 3% от общего числа работающих. Алкогольные напитки употребляют 79% молодых людей, 80% состоятельных людей, 66% населения со средним доходом и 54% — менее обеспеченных. По данным O. Jeanneret (1977), общее число больных алкоголизмом в США достигло 10 млн., что составляет 7% взрослого населения.

D. Cahalam, R. Room (1972), обследовавшие 1561 мужчину в возрасте 21—59 лет, отмечают, что среди больных алкоголизмом преобладают малообеспеченные лица, особенно это относится к юношам; в городах алкоголизм распространен больше. Однако в последнее время, как отмечает M. Chafetz (1978), окончательно дискредитировано распространенное мнение о том, что большинство лиц, страдающих алкоголиз-

---

[1] US News and World Report, 1973, N. 10.

мом,— отверженные и заброшенные представители низших слоев общества. Фактически большинство больных алкоголизмом являются выходцами из средних и высших классов населения. Неуклонно растет число больных алкоголизмом среди женщин [Jellinek E., 1941; Mulford H., Miller D., 1960; Mulford H., 1964; Oltman J., 1965; Gorwitz K. et al., 1970]. Если раньше соотношение между мужчинами и женщинами, страдающими хроническим алкоголизмом, было 6:1, затем 5:1, то сейчас оно составляет 3,6:1.

Об увеличении размеров пьянства и росте алкоголизма можно судить также по все возрастающим показателям смертности от цирроза печени и острого алкогольного опьянения. По данным J. Ipson, M. Moore, L. Alexander (1952), смертность от алкогольных отравлений постоянно увеличивается, причем фактическая в 2,8 раза превышает данные официальной статистики, а смертность от цирроза печени увеличилась с 0,5 случая в 1938 г. до 6,4 в 1965 г. [Петраков Б. Д., 1972] и 14,1 случая в 1967 г. на 100 000 населения [Snapper J., 1971].

Большое распространение алкоголизм получил в Австрии и ФРГ, где произошло значительное увеличение потребления алкогольных напитков в послевоенный период (в 3—3½ раза). В Австрии зарегистрировано около 300 тыс. больных алкоголизмом. По данным ВОЗ, в 1971—1972 гг. число больных алкоголизмом в этой стране составило 25—30 на 1000. Растет число страдающих алкоголизмом среди женщин. Если в 1919 г. соотношение женщин и мужчин, больных хроническим алкоголизмом, составляло 1:19 [Berner P., Solms W., 1953], то в 1962 г. оно было 1:8 [Berner P., Kryspin-Exner K., 1965]. Увеличивается смертность от цирроза печени. В 1959 г. она составила 22,3 случая, а в 1967 г. — 28 случаев на 100 000 населения [Snapper J., 1971]. В 1970 г., по данным ВОЗ, она увеличилась до 31,2 (46,8 у мужчин и 17,4 у женщин).

В ФРГ за период с 1950 по 1953 г. число больных алкоголизмом среди мужчин увеличилось на 25%, среди женщин — на 142% [Auch W., 1966]. В 1953 г. было зарегистрировано 300 тыс. алкоголиков [Levine J., 1955; Heydt H., 1962], а в начале 70-х годов число их достигло 600 тыс. [Lehman H., 1972]. Однако H. Hip-

pius (1972) считает, что эта цифра не отражает действительность, так как каждый второй больной алкоголизмом обращается за медицинской помощью. Автор делает вывод, что имеется по крайней мере 1,2 млн. больных алкоголизмом, а семьи алкоголиков составляют 4—5% населения ФРГ. По официальным данным, как сообщают J. Neumann, K. Seidel (1978), в ФРГ насчитывается 1,3 млн. алкоголиков. Среди больных алкоголизмом на долю женщин приходится около 10% [Keyserlink H., 1959; Wieser S., 1962; Beckmann M., 1966]. L. Schmidt в статье «Алкоголизм и его социальные последствия» (1972), определяя число злоупотребляющих алкоголем в ФРГ цифрой 600 тыс., подчеркивает, что в действительности она, вероятно, вдвое больше. Употребление алкоголя в ФРГ, сообщает автор, достигло в 1970 г. рекордного показателя — 11,2 л абсолютного алкоголя на душу населения. Расходы на излечение больных алкоголизмом значительно превышают прибыль от торговли алкогольными напитками, которая составляет ежегодно 3,7 млрд. марок.

V. Faust (1976) утверждает, что около 2% жителей ФРГ больны алкоголизмом и по крайней мере в 10 раз больше населения находится на пороге алкоголизма. По данным J. Svoboda (1970), в ФРГ цирроз печени среди причин смерти составил у мужчин 3,4% и у женщин 2%. Автор отмечает увеличение смертности от цирроза печени на протяжении последних 30 лет: в 1931—1939 гг.— 1,8%; в 1946—1955 гг.— 2,7%; в 1956—1966 гг.— 3,6%. На 100 000 населения в 1970 г. приходилось 24,2 случая смерти от цирроза печени (32,2 у мужчин и 17 у женщин).

В Австралии алкоголизм стал четвертой важнейшей проблемой здравоохранения после сердечно-сосудистых, психических заболеваний и злокачественных опухолей. По данным J. Santamaria (1972), в Австралии насчитывается 260 тыс. алкоголиков, из них 215 тыс. мужчин и 24 тыс. женщин, что составляет 5% взрослого мужского населения и 1% взрослых женщин. Общее число лиц, подверженных влиянию злоупотребления алкоголем, включая зависимых от алкоголика членов его семьи, составляет 1 млн. при общей численности населения страны 13 млн. Как отмечает автор, типичный возраст начала развития алкоголизма у мужчин — 25 лет, алкоголизм у женщин возникает обычно

после 30 лет. По данным M. Sargent (1973), каждый двадцатый мужчина и каждая сотая женщина, начиная с 15-летнего возраста, страдают алкоголизмом.

В Англии насчитывается от 100 тыс. до 350 тыс. алкоголиков, число их растет [Phillipson B., 1966]. По данным ВОЗ, в 60-х годах на 100 000 взрослого населения приходилось 1100 больных алкоголизмом. По данным C. Watts и соавт. (1964), 0,75% всего населения страны являются «тяжелыми алкоголиками», нуждающимися в длительном лечении в специализированных больницах. За период с 1953 по 1964 г. число случаев госпитализации больных хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами увеличилось в 7 раз. Соотношение между мужчинами и женщинами среди лиц, страдающих алкоголизмом, составляет 2 : 1 [Wieser S., 1964]. Число больных с алкогольными психозами, поступивших в психиатрические больницы, увеличилось с 5% в 1969 г. до 13% в последние годы [Kenyon W., 1977]. Если современная тенденция роста алкоголизма сохранится и далее, пишет этот автор, то число больных в Англии и Уэльсе в текущем десятилетии возрастет до 1,5 млн. человек. По данным B. Pollak (1971), распространенность алкоголизма среди жителей Лондона увеличилась за период с 1957 по 1970 г. в 3 раза.

В Канаде около 4% населения злоупотребляют алкоголем и почти 1,6% являются хроническими алкоголиками [Archibald H., 1970]. Больные хроническим алкоголизмом составляют 6% всех работающих. Смертность от цирроза печени увеличилась с 5,5 случая в 1969 г. до 7,2 в 1967 г. на 100 000 населения [Shapper J., 1971].

В Швеции, как отмечает T. Herner (1972), алкоголики составляют 20% от общего числа психически больных. Процент лиц, страдающих алкоголизмом, стабилизировался на уровне 2,7. По данным L. Goldberg (1977), около 8% взрослых мужчин и 2% взрослых женщин или 5% всего населения старше 15 лет могут быть охарактеризованы как больные алкоголизмом с различной степенью проявления социального или медицинского эффекта алкогольной болезни. За последние 10 лет в Швеции смертность от алкогольного цирроза печени у мужчин увеличилась втрое [Svedson H., 1976].

В Японии, по данным R. Moore (1964), около 3% населения страдают алкоголизмом. Число больных, поступающих в психиатрические больницы Токио по поводу алкоголизма, увеличивается с каждым годом. В 1970 г. в больницах Токио находилось 1462 больных алкоголизмом, из них 3% составляли женщины [Yamamuro B., 1973]. Смертность от цирроза печени составляла в 1972 г. 12,7 на 100 000 населения. Как сообщает американский журнал «Medical Tribune and Medical News» (1979, т. 20, № 19), по данным национального института алкоголизма, в Японии насчитывается 2 млн. алкоголиков, что составляет около 6% всего взрослого населения. Вместе с тем в стране имеется только 800 больничных коек для лечения больных алкоголизмом.

В странах Латинской Америки, по данным J. Mariategui (1974), распространенность больных алкоголизмом составляет в среднем 1,5%, а в некоторых городах и прилегающих к ним областях (урбанизированные районы) достигает 8%. В частности, в промышленно развитых городах Бразилии среди работающих распространенность алкоголизма достигает 6,4%; в Коста-Рике алкоголизмом страдает приблизительно 2% городского населения, причем у 14% из них отмечаются те или иные социальные последствия алкоголизма; среди городского населения Чили распространенность алкоголизма составляет 2%, в прилегающих к городам районах (обычно более бедных) — до 7%, а среди некоторых групп коренного населения (аборигены) — до 13%. В Перу среди городского населения алкоголизм отмечается у 2,2% жителей, в прилегающих к городам районах — у 8,8%. В Мексике и Уругвае распространенность алкоголизма достигает 7—9%. Приводя эти показатели, J. Mariategui подчеркивает необходимость их уточнения и выработки единого понимания алкоголизма как заболевания, уточнения социальной и географической структуры алкоголизма по отдельным странам и континенту в целом.

Имеются публикации и о распространенности алкоголизма в отдельных социалистических странах. Так, в СФРЮ в 1963 г. насчитывалось около 40 тыс. больных алкоголизмом, что составляет более 2% населения [Chafetz M., 1964]. Среди работающих в промышленности мужчин зарегистрировано 18,5% лиц, страдаю-

щих алкоголизмом, и 17,3% чрезмерно пьющих, а среди женщин — 0,9 и 2,3% соответственно [Moser J., 1974].

Среди взрослого населения ГДР насчитывается 1,5% больных алкоголизмом [Neumann J., Seidel K., 1978]. Из 2,3 млн. лечившихся стационарно в ГДР в 1976 г. наблюдалось 16 тыс. алкогольных поражений (психозы, циррозы печени, отравления).

По данным T. Lunch (1964), алкоголизм в ЧССР особенно распространен среди юношей (13—19 лет). E. Friova (1966) отмечает, что при обследовании 516 семейств в 26,7% случаев был обнаружен алкоголизм у одного или обоих родителей.

В ПНР более 1,5 млн. человек злоупотребляют алкоголем, из них около 400 тыс. нуждаются в постоянном, систематическом лечении [Cwynar S., 1974].

Наименьшее распространение алкоголизма и алкогольных заболеваний по сравнению со всеми социалистическими странами (по данным M. Chafetz, 1964) наблюдается в НРБ.

По данным Б. Д. Петракова (1976), в СССР и других социалистических странах показатель распространенности хронического алкоголизма в городах составлял в 1955—1975 гг. в среднем 4,9—5 случаев, а в сельской местности — 2,5—3 случая на 1000 населения. По 15 ведущим капиталистическим странам за это время показатель распространенности больных хроническим алкоголизмом соответственно был 14,8 и 6,2% [1].

Приведенные данные свидетельствуют о преимуществе социалистического образа жизни.

Вместе с тем результаты специальных исследований в нашей стране указывают на определенную связь между уровнем потребления алкогольных напитков и распространенностью пьянства и алкоголизма среди отдельных групп населения.

Еще в 20-х годах З. А. Гуревич, А. З. Залевский (1930) показали зависимость между потреблением алкоголя на душу населения и количеством госпитализированных в психиатрические больницы Украины

---

[1] Петраков Б. Д. Современные тенденции распространения психических болезней. Сравнительный социально-гигиенический анализ.— Мед. реф. журн., 1976, № 5, 16, с. 11.

больных с алкогольными психозами за период с 1910 по 1927 г. С увеличением потребления алкоголя на душу населения с 3,4 до 3,8 л (в период с 1910 по 1918 г.) на 14% увеличивается число госпитализированных больных с алкогольными психозами. Введение в 1914 г. запрета на продажу алкогольных напитков привело к резкому уменьшению числа больных в период с 1915 по 1916 г. С отменой в 1925 г. ограничений на продажу крепких спиртных напитков наблюдалось быстрое увеличение потребления алкоголя на душу населения, которое с 1923 по 1927 г. возросло в 6 раз (с 0,2 до 1,2 л). За этот период число госпитализированных больных с алкогольными психозами увеличилось в 7,6 раза.

С 1930 по 1940 г., по данным А. Н. Молохова, Ю. Е. Рахальского (1959), показатель распространенности алкоголизма в стране колебался в пределах от 0,6 до 1,8 случая на 10 000 населения. Увеличение потребления алкогольных напитков в послевоенный период приводит к росту алкоголизма среди населения, особенно среди женщин, что в значительной степени обусловлено последствиями Великой Отечественной войны.

До 50-х годов среди госпитализированных в психиатрические больницы по поводу алкогольных заболеваний женщины составляли незначительную часть, в последующие годы их число постоянно увеличивается [Воловик В. М., 1966]. В Орловской психиатрической больнице в 1956—1960 гг. женщины составляли 4,5% [Кокин М. К., Отьянц Л. А., Вершковская З. Н., 1960], в Кишиневской психиатрической больнице в 1954—1957 гг.— 9,5% [Молохов А. Н., Рахальский Р. Е., 1959], в Станиславской психиатрической больнице в 1960 г. женщины с алкогольными заболеваниями составили 17,6% [Скопич Т. М., 1962].

М. К. Кокин, В. Н. Загоскина и А. П. Жуков (1970) отмечают, что первичные поступления в психиатрические больницы женщин, страдающих хроническим алкоголизмом, увеличились с 1957 по 1967 г. в 8,5 раз. По данным В. В. Нагаева (1971), женщины составляют 10% от числа больных хроническим алкоголизмом, состоящих на учете. По данным изучения общей заболеваемости населения 65 городов РСФСР, проведенного в 1958—1959 гг., алкоголизм и наркомании состави-

ли 1,2 случая на 1000 жителей (у женщин — 0,2, у мужчин—2,4) [Курашов С. В., 1963]. Комплексное изучение заболеваемости городского населения [Богатырев И. Д., 1967], включавшее не только анализ статистических данных о больных нервно-психическими заболеваниями, но и специальное обследование населения г. Ступино психиатрами, показало, что распространенность хронического алкоголизма составляет 4,9 случая на 1000 населения (женщины — 0,5, мужчины — 9,9).

Хотя распространенность алкоголизма среди жителей сельской местности значительно ниже, однако алкоголизм и алкогольные психозы и здесь имеют сравнительно большой удельный вес в структуре нервно-психической заболеваемости. Так, по данным Н. Ф. Кравченко, Я. А. Ойфо (1963), в сельских районах Одесской области алкоголизм и алкогольные психозы занимают второе место после неврозов и реактивных заболеваний. По данным С. А. Левертова (1970), в Молдавии среди основных психоневрологических заболеваний алкоголизм и алкогольные психозы занимают первое место (35%). На долю больных, лечившихся в психиатрических стационарах республики по поводу алкоголизма и алкогольных психозов, приходится более 20%. На долю женщин приходится 24,4% от числа страдающих алкоголизмом.

А. Ф. Кириченко (1970) сообщает, что хронический алкоголизм в структуре психической заболеваемости населения Днепропетровска в 1960—1963 гг. составлял 37,7%. Распространенность больных хроническим алкоголизмом была 9,1 случая на 1000 населения старше 16 лет, из них 7% приходилось на долю женщин.

На определенное учащение алкогольных заболеваний в стране указывают отчетные данные психоневрологических учреждений. А. А. Черевань (1970), изучавший статистические отчеты психоневрологических диспансеров семи областей Украины за 1965—1967 гг., подчеркивает, что в 1967 г. увеличилось число учтенных больных алкоголизмом в Винницкой, Запорожской, Крымской, Одесской, Черкасской, Черниговской и других областях, где достаточно хорошо поставлена наркологическая служба.

Н. Г. Осташевская (1971), изучавшая распростра-

ненность алкоголизма в Кривом Роге, отмечает увеличение показателя болезненности за последние 6 лет с 3 до 5,8 случая на 1000 населения. Показатель регистрируемой заболеваемости возрос с 0,4 до 1,1 случая на 1000 населения.

Н. З. Чулков, Ю. П. Боярчук (1971), сообщая о динамике хронического алкоголизма и алкогольных психозов с 1961 по 1971 г. по данным областной психиатрической больницы Запорожья, отмечают, что хронический алкоголизм в структуре нервно-психических заболеваний за 10 лет возрос на 3,1%, а число поступивших в стационары увеличилось в 1,8 раза. Число случаев госпитализации по поводу алкогольных психозов увеличилось в 4,5 раза, на 6,2% вырос их удельный вес в структуре нервно-психических заболеваний.

На увеличение числа алкогольных заболеваний указывают С. В. Степанов, В. Н. Неженцев (1971), изучавшие распространенность алкогольных заболеваний с 1960 по 1969 г. в Ленинграде. По их данным, увеличение числа учтенных больных хроническим алкоголизмом составляет в среднем 13% ежегодно.

Определенный интерес представляют данные о распространенности пьянства и алкоголизма среди отдельных групп населения, в частности, среди рабочих различных отраслей промышленности, полученные путем анкетного обследования. Так, Р. П. Анисимов (1966), изучавший заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих Ленинградского металлического завода, отмечает, что из 1815 опрошенных мужчин больше половины (54,3%) употребляют алкоголь 3—4 раза в месяц, а 3% — страдают хроническим алкоголизмом. С ростом частоты случаев употребления алкогольных напитков, отмечает автор, увеличивается удельный вес потребляющих более 250 г алкоголя.

М. Е. Павленко (1968) при изучении здоровья рабочих нескольких металлургических заводов юга Украины отмечает, что на Днепропетровском заводе употребляющие «много» спиртных напитков составили 1%, а на Криворожском—2,6%. Ф. Х. Зингер и И. И. Ясинский (1969) сообщают, что на шахтах употребляют «много спиртных напитков 23% забойщиков и 15% проходчиков».

По данным К. А. Каменкова (1968), среди животноводов Ленинградской области 16% злоупотребляют алкоголем.

На Московском заводе «Красный пролетарий» 12,4% кадровых рабочих мужчин злоупотребляют алкоголем [Темичева Л. С., 1970]. По данным К. А. Отдельновой (1969), на этом же заводе в группе длительно и часто болеющих 30,4% рабочих злоупотребляют алкоголем. В данном случае рабочих относили к группе злоупотребляющих на основании лишь одного критерия — частоты употребления алкогольных напитков. В. Г. Антропова (1970) отмечает, что на Свердловском инструментальном заводе 28,8% обследованных рабочих употребляют алкогольные напитки «систематически».

Среди рабочих лесозаготовительной промышленности 30,8% мужчин и 8,3% женщин употребляют алкогольные напитки 2 раза в неделю и чаще, употребляют спиртные напитки «регулярно» 68,7% рабочих [Гедымин М. Ю., 1970].

П. А. Чулков (1971) приводит следующие данные об употреблении алкогольных напитков рабочими (мужчинами) Ярославского шинного завода: употребляют алкоголь редко (1 раз в месяц и реже) — 44,7%, умеренно (1 раз в неделю) — 41,9%, часто (2 раза в неделю и чаще) — 13,4% обследованных.

Г. Я. Писаренко (1971), изучавшая условия труда и быта железнодорожников, отмечает, что из обследованных мужчин употребляли алкоголь 2—3 раза в неделю среди монтеров пути — 78%, среди рабочих путевых машин — 49%. По ее данным, процент лиц, совершающих прогулы в связи с употреблением алкоголя, колеблется от 12 до 98 в различных профессиях.

По данным С. П. Кузина (1971), среди машиностроителей Хабаровска 43,5% употребляют алкоголь 3—4 раза в месяц и чаще.

По данным В. В. Нагаева (1972), изучавшего частоту употребления алкогольных напитков рабочими и служащими Перми, Сыктывкарского лесодеревообделывающего комбината и совхоза «Пыелдинский», употребляют алкогольные напитки 2—3 раза в неделю и чаще 9,2% обследованных (16,5% мужчин и 2,2% женщин). Почти 20% обследованных рабочих упот-

ребляют алкоголь 1 раз в неделю (чаще в субботу или в воскресные дни), 22,5% — 1—2 раза в месяц (в дни зарплаты) и 42,7% —по праздникам и другим торжествам. Лишь около 6% опрошенных (3,5% мужчин и 8,4% женщин) не употребляли алкогольных напитков. Среди работников совхоза 35% обследованных употребляли алкоголь 2—3 раза в неделю и чаще.

Среди рабочих-мужчин Дальзавода [Шкурин Г. Н., 1972] 17,4% обследованных употребляют алкоголь часто (несколько раз в неделю). В подавляющем большинстве семей этих рабочих автор отметил конфликты (12,1% обследованных рабочих).

В. П. Сербин (1972) отмечает, что среди работников винодельческой промышленности Молдавии употребляют алкогольные напитки «много и часто» 29,4% обследованных.

Г. С. Колесников, Р. Н. Дубинский, Э. Э. Погосян (1972), обследовавшие пять автохозяйств Читы, установили, что около 20% шоферов злоупотребляют алкоголем.

Противоречивость проводимых сведений объясняется тем, что они в большинстве случаев основаны только на субъективных оценках самих обследованных и дают лишь общее представление о злоупотреблении алкоголем (пьянстве), не дифференцируя это понятие.

Авторы вкладывают различный смысл в понятия «часто», «много», «умеренно» и др. Некоторые авторы вообще не определяют эти термины в количественном отношении. Односторонен и подход к выявлению злоупотребляющих алкоголем: к категории злоупотребляющих обследуемого относили, как правило, на основании отдельных критериев (частота и количество употребляемых напитков, прогулы и др.), полученных при анкетном обследовании рабочих. Субъективность ответов при таком подходе отмечают и сами исследователи. В частности, Р. П. Анисимов (1966) пишет: «Путем одномоментного опроса, при отсутствии достаточно объективной проверки, не представляется возможности получить вполне достоверные материалы. Данные носят субъективную окраску преимущественно в сторону явного занижения. Например, рабочие, страдающие одной из форм алкоголизма и лечившиеся по этому поводу в психоневрологической больнице,

скрывают это и дают сведения о сравнительно редком употреблении спиртных напитков».

При выявлении злоупотребляющих алкоголем, как уже отмечалось, необходимо учитывать не только частоту и количество употребляемых напитков, но и повод к употреблению алкоголя, поведение в состоянии алкогольного опьянения, а также признаки психической и физической зависимости от алкоголя.

Заслуживают внимания исследования по поводу алкоголизма на заводе «Сибсельмаш» в Новосибирске [Банщиков В. М., Короленко Ц. П. и др., 1973] и Барнаульском шинном заводе [Голубков О. З. и др., 1973]. Созданная при заводе «Сибсельмаш» в начале 70-х годов специальная противоалкогольная лаборатория, куда вошли психиатры, социологи, экономисты и другие специалисты, разработала систему активного выявления ранних форм алкоголизма по психологическим, медицинским и социальным критериям на основании предложенной классификации.

В результате обследования рабочих было установлено, что среди больных алкоголизмом наибольшую группу (67%) составили лица, страдающие ненаркоманическим алкоголизмом. Диагноз ставили на основании социально-психологических показателей. Авторы утверждают, что «из этой группы больных при определенных условиях может сформироваться наркоманический алкоголизм». Изучение особенностей злоупотребления спиртными напитками в этой группе лиц показало, что 80% из них имели нарушения трудовой дисциплины, семейные конфликты, нарушения общественного порядка, доставлялись в отделения милиции и в медвытрезвители.

На Барнаульском шинном заводе также был создан противоалкогольный центр, который организовал обследование рабочих для выявления больных алкоголизмом. В результате обследования 2000 рабочих завода были выделены следующие три группы: 1) непьющие или пьющие крайне редко и мало (в основном это молодые девушки и женщины, страдающие различными соматическими заболеваниями); 2) лица, в различной степени злоупотребляющие алкоголем с не столь значительными социальными последствиями — ненаркоманические формы алкоголизма; 3) лица с выраженной и стойкой клиникой алкоголизма, ранее лечив-

шиеся от алкоголизма либо впервые выявленные при диспансерном обследовании, — наркоманическая форма алкоголизма.

Хотя распространенность злоупотребления алкоголем в нашей стране в несколько раз ниже, чем во Франции, США, Австрии, ФРГ, Швейцарии и других экономически развитых странах, число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих на учете в психиатрических и психоневрологических учреждениях страны, также склонно увеличиваться; особенно заметно эта тенденция проявляется в последние годы, что в значительной степени связано с увеличением активности поликлинической наркологической службы по выявлению и учету лиц, страдающих алкоголизмом, в связи с принятием в 1972 г. постановлений ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма». Число впервые выявленных больных алкоголизмом за период с 1972 по 1975 г. увеличилось примерно на 40%. Среди всех больных алкоголизмом, состоящих на учете в психоневрологических учреждениях, около 20% составляют впервые выявленные.

Сравнительно высокий уровень распространенности алкоголизма отмечается в тех республиках и городах (РСФСР, Украина, Прибалтийские республики, Ленинград, Москва и др.), где лучше организована наркологическая помощь, способствующая своевременному и более полному выявлению лиц, страдающих алкоголизмом. На это указывают и данные литературы [Зеневич Г. В., 1972; Качен В. В., 1973; Петров Л. Г., Гапонова В. Д., Лев С. А., 1974; Энтин Г. М., Дроздов Э. С., Пахтер А. С., 1980, и др.]. Например, Г. А. Скрипченко, А. А. Сафонова и Л. А. Чернышева (1974) сообщают, что расширение противоалкогольных мероприятий в Воронеже способствовало «массовому обращению» к врачам лиц, злоупотребляющих алкоголем, выявлению и диспансеризации больных хроническим алкоголизмом. Если на конец 1972 г. по Воронежу было взято на диспансерный учет больных хроническим алкоголизмом 3,4 на 1000 населения, то к середине 1973 г. на диспансерном учете состояло уже 4,8 на 1000 населения. Фактическое число лиц, злоупотребляющих различными алкогольными напитками, составляет 7,7 на 1000 населения.

Благодаря активному выявлению больных в начальных стадиях алкоголизма, число состоящих на учете увеличилось на 60%, а больные алкоголизмом I стадии в настоящее время составляют 8%, в то время как до активного выявления больные алкоголизмом начальной стадии составляли лишь 1,5% [Энтин Г. М., Дроздов Э. С., Пахтер А. С., 1980].

Анализ повозрастных показателей заболеваемости алкоголизмом по материалам девяти городов, в которых проводилось комплексное изучение здоровья населения в связи с переписью 1970 г., показывает, что наибольшая заболеваемость алкоголизмом у мужчин отмечается в возрастных группах 40—49 и 30—39 лет. На долю этих возрастных групп приходится 62,4% всех случаев заболеваний алкоголизмом. На долю заболеваемости алкоголизмом мужчин молодого возраста приходится 8,7% всех случаев заболеваний.

В отличие от мужчин у женщин заболеваемость алкоголизмом несколько «сдвинута» в сторону старших возрастов. Наибольшая заболеваемость алкоголизмом у женщин, как и у мужчин, приходится на возрастную группу 40—49 лет. Женщины этого возраста составляют половину всех случаев «женского» алкоголизма (у мужчин 36,5%). На возраст 40 лет и старше у женщин в среднем приходится 78,8% всех случаев заболеваний алкоголизмом (у мужчин — 65,1%).

Некоторые социально-гигиенические аспекты распространенности злоупотребления алкоголем

Результаты выборочного исследования злоупотребления алкоголем среди жителей Москвы показывают, что число больных алкоголизмом, состоящих на учете в психоневрологических учреждениях, далеко не отражает истинных размеров злоупотребления алкоголем. Определенная часть лиц, страдающих алкоголизмом, особенно на ранних стадиях заболевания, не состоит на учете, так как таких лиц трудно выявить. Кроме больных алкоголизмом, к категории злоупотребляющих следует относить также лиц, часто и неумеренно потребляющих спиртные напитки, с единичными, еще не развернутыми признаками болезни.

Проведенное совместно с В. П. Бокиным изучение контингента злоупотребляющих алкоголем, по данным

Таблица 7

Распределение контингентов, злоупотребляющих алкоголем мужчин и женщин, в зависимости от основного места их учета (в процентах к числу обследованных)

Группа	Мужчины	Женщины	Оба пола
Лица, состоящие на учете в психоневрологических диспансерах	13,6	21,3	14,1
Лица, доставленные в медвытрезвители	68,4	33,3	66,1
Лица, обслуженные станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения	18,0	45,4	19,8

психоневрологических диспансеров, медвытрезвителей и станций скорой медицинской помощи (табл. 7), показывает, что каждый седьмой (14,1%) из общего числа злоупотребляющих алкоголем состоит на учете в психоневрологическом диспансере по поводу алкоголизма; наибольший удельный вес приходится на контингент медвытрезвителей (66,4%); лица, обслуженные станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения, составили пятую часть.

Данные табл. 7 свидетельствуют о том, что у мужчин основную массу злоупотребляющих составляют лица, доставленные в медвытрезвители (68,4%), а у женщин основной контингент злоупотребляющих составляют лица, обслуженные станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения (45,4%). Анализ интенсивных показателей указывает, что соотношение между женщинами и мужчинами в среднем по контингенту злоупотребляющих составляет 1:20, в том числе состоящих на диспансерном учете—1 : 10, в группе доставленных в медвытрезвители — 1 : 32 и в группе обслуженных станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения — 1:6.

Большинство (около 60%) злоупотребляющих алкоголем мужчин и женщин приходится на возрастные группы 40—49 и 30—39 лет (табл. 8). В этих возраст-

Таблица 8

Распределение лиц, злоупотребляющих алкоголем, по возрасту, полу и месту их учета (в процентах к итогу)

Возраст, годы	Состоящие на учете в психоневрологических диспансерах		Доставленные в медвытрезвители		Обслуженные станцией скорой медицинской помощи в состоянии опьянения		Всего	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
15—19	0,2	1,7	5,2	3,9	7,3	5,7	4,9	4,2
20—29	10,4	9,5	19,2	12,6	23,0	17,9	18,4	14,4
30—39	35,6	27,6	28,9	20,2	25,0	20,3	29,1	21,6
40—49	36,1	42,2	33,2	35,2	22,2	34,9	31,6	36,5
50—59	12,2	19,0	9,8	18,1	12,5	11,4	10,6	15,4
60 и старше	5,5	—	3,7	10,0	10,0	9,8	5,4	7,9

ных группах отмечается самый высокий уровень злоупотребления алкоголем и заболеваемости алкоголизмом. Среди исследуемых есть и злоупотребляющие алкоголем в возрасте 16—19 лет, хотя удельный вес таких лиц невелик (около 5%). Этот показатель колеблется у мужчин от 0,2% (диспансеры) до 7,3% (станции скорой медицинской помощи), а у женщин — от 1,7% (диспансеры) до 5,7% (станции скорой медицинской помощи).

Среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем, 59,2% составляют рабочие, 29,4% — служащие, 11,4% — прочие; среди женщин на первом месте находятся служащие — 67,9%, рабочие составляют 20,3%. Интенсивные показатели отражают те же закономерности: среди мужчин рабочие злоупотребляют алкоголем в 1½ раза чаще по сравнению со служащими, а среди женщин, наоборот, чаще служащие.

На первом месте по частоте злоупотребления алкоголем среди мужчин находятся лица, занятые в строительстве, на втором — работники коммунального хозяйства и бытового обслуживания; среди женщин на первом месте стоят лица, занятые в торговле и общественном питании, на втором — работники автотранспор-

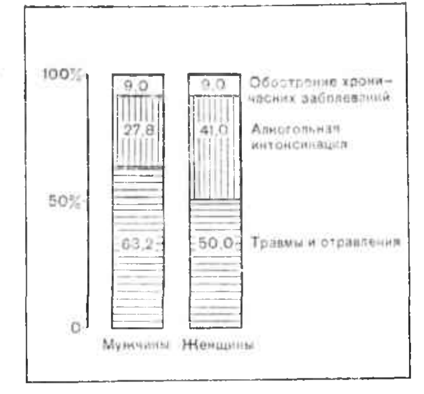
та. Соотношение между больными алкоголизмом, состоящими на учете в психоневрологических диспансерах, и лицами, доставленными в медвытрезвители, а также обслуженными станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения, составляет у мужчин, занятых в строительстве, 1:9, в коммунальном хозяйстве и бытовом обслуживании — 1:3; у женщин, занятых в торговле и общественном питании,— 1 : 1 и занятых на автотранспорте — 1 : 2.

Выявлены определенные различия в частоте злоупотребления алкоголем и по отдельным профессиям. Наиболее часто злоупотребляют алкоголем мужчины, работа которых не требует высокой квалификации. Это прежде всего разнорабочие.

При изучении контингента лиц, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, было выявлено, что половина из них доставлялась в медвытрезвители, каждому десятому в состоянии алкогольного опьянения оказывали скорую медицинскую помощь. Более 70% от общего числа впервые взятых на учет больных алкоголизмом ранее доставлялись в медвытрезвители или получали скорую медицинскую помощь в состоянии алкогольного опьянения. Анализ контингента лиц, которым в состоянии алкогольного опьянения оказывали скорую медицинскую помощь, показал, что 27,8% мужчин и 41% женщин имели глубокую алкогольную интоксикацию, значительная часть (63,2% мужчин и 50% женщин) имели травмы или другие несчастные случаи и у 9% лиц обоего пола наблюдалось обострение хронических заболеваний, по поводу которых 61% женщин и 35,2% мужчин были госпитализированы (рис. 3).

Важным критерием степени злоупотребления алкоголем является число доставок в медвытрезвитель и число случаев обслуживания станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения. Среди мужчин, зарегистрированных в медвытрезвителях, доставлены повторно около 60%, из них почти половина попадали более 2 раз, а среди женщин были доставлены повторно 49,3%. Кроме того, 17% мужчин и 6% женщин повторно обслуживались станцией скорой медицинской помощи в состоянии алкогольного опьянения.

Рис. 3.
Причины вызовов скорой помощи к лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения.



Результаты специального медико-социального обследования доставленных в мужской медвытрезвитель показали, что более половины лиц имели признаки (24,3% — выраженные, 32% — начальные) алкоголизма. На учете в психоневрологическом диспансере состояли далеко не все. К группе злоупотребляющих без признаков алкоголизма отнесены 38,9% обследованных. Это лица, которые употребляли спиртные напитки часто, многие, как правило, без всякого повода, подавляющее большинство имели ранее приводы в милицию за нарушение правил общественного порядка в состоянии алкогольного опьянения или доставлялись в медвытрезвитель.

Приведенные данные убедительно свидетельствуют о том, что доставляемых в медвытрезвители и лиц, обслуженных станцией скорой медицинской помощи в состоянии опьянения, можно вполне обоснованно считать «угрожаемыми» контингентами. Среди этих контингентов прежде всего следует выявлять больных алкоголизмом.

Проведенное совместно с В. Г. Запорожченко выборочное обследование рабочих основных цехов одного из крупных промышленных предприятий химической промышленности показало, что алкогольные напитки употребляют большинство мужчин и значительная часть женщин. Злоупотребляющие алкоголем среди обследованных составили 18,8% (36,7% мужчин и 1,9% женщин).

К группе злоупотребляющих, как мы подчеркивали в главе II, рабочих относили на основе комплексной

Таблица 9

Характеристика рабочих в зависимости от употребления алкоголя и степени злоупотребления им

(на 100 обследованных)

Группа	Всего	Мужчины	Женщины
Не употребляющие алкоголя	1,4	0,6	2,1
Употребляющие «умеренно»	79,8	62,7	96,0
Злоупотребляющие алкоголем	18,8	36,7	1,9
В том числе:			
с выраженными признаками алкоголизма	3,5	7,1	0,1
с начальными признаками алкоголизма	2,2	4,0	0,2
без признаков алкоголизма	13,1	25,6	1,6

оценки частоты и количества употребления алкогольных напитков, повода к употреблению алкоголя, поведения в состоянии алкогольного опьянения, признаков психической или физической зависимости от алкоголя.

К группе злоупотребляющих алкоголем без признаков алкоголизма (69,5% от общего числа злоупотребляющих) мы относили лиц, которые употребляют алкогольные напитки часто (3 и более раз в неделю), как правило, много (более 0,3 л водки за одну выпивку), в случайных местах и без определенного повода. Одним из главных определяющих критериев для лиц этой группы являлась утрата контроля над своими поступками в состоянии алкогольного опьянения, следствием чего были приводы в милицию, доставка в медвытрезвитель, прогулы на работе.

Подавляющее большинство злоупотребляющих, по нашим данным, употребляют алкоголь часто (98,3%), много (80%), в случайных местах. Более чем в 80% случаев лица, злоупотребляющие алкоголем, совершили различные антиобщественные поступки или правонарушения в состоянии алкогольного опьянения. Все

Таблица 10

Распределение рабочих (мужчин), злоупотребляющих алкоголем, по возрасту (в процентах к итогу) и частота злоупотребления в зависимости от возраста
(на 100 обследованных)

Возраст, годы	% к итогу	На 100 обследованных	Соотношение лиц, имеющих признаки алкоголизма и злоупотребляющих без признаков болезни
20—29	18,6	40,9±4,3	1 : 1,8
30—39	40,2	40,9±2,9	1 : 2,7
40—49	29,1	35,6±3,2	1 : 2,6
50 и старше	12,1	36,8±4,9	1 : 1,3

это свидетельствует о необходимости более широкого использования при выявлении лиц, злоупотребляющих алкоголем, таких социальных критериев, как доставка в медвытрезвитель, приводы в милицию, нарушение трудовой дисциплины.

Обследованные нами мужчины в 18 раз чаще, чем женщины, злоупотребляют алкоголем, разведенные в $1^1/_2$ раза чаще женатых. Наибольший удельный вес злоупотребляющих приходится на возраст 30—39 лет (40,2%), наименьший — на возраст 50 лет и старше (12,1%), однако сопоставление соответствующих интенсивных показателей (табл. 10) не выявляет существенных различий ($P>0,05$). Соотношение лиц, имеющих признаки алкоголизма, и лиц, злоупотребляющих без признаков болезни, наиболее неблагоприятное в возрастной группе 50 лет и старше.

Обращает внимание сравнительно низкий уровень образования рабочих, злоупотребляющих алкоголем: половина из них имели полное семилетнее образование. Между уровнем образования и частотой злоупотребления алкоголем прослеживается четкая обратная зависимость: с повышением образования уменьшается частота злоупотребления алкоголем ($r=0,9\pm0,1$), что совпадает с данными ряда авторов [Левертов С. А., 1970; Нагаев В. В., 1972, и др.].

По профессионально-производственным группам несколько большее злоупотребление алкоголем отмечено среди рабочих основных цехов по сравнению с рабочими вспомогательных цехов. Среди рабочих основных профессий наиболее высокий уровень злоупотребления алкоголем отмечается у вальцовщиков и прессовщиков, у которых преобладает тяжелый физический труд. Среди рабочих, выполняющих физическую работу умеренной интенсивности (забинтовщики, каландровщики, вулканизаторщики и др.) или имеющих незначительную физическую нагрузку (клейщики резино-технических изделий, оплетчики и др.), показатели злоупотребления алкоголем существенно ниже. На зависимость частоты и количества употребления алкоголя от тяжести физического труда указывает А. М. Бурцев (1972).

Среди рабочих вспомогательных профессий наиболее злоупотребляют алкоголем строительные и ремонтно-механические рабочие (слесари, электромонтеры, газосварщики и т. п.). Г. Г. Заиграев (1966) отмечает, что чаще других доставляются в медвытрезвители и совершают хулиганские действия на почве пьянства работники таких категорий, как слесари, электрики, шоферы, подсобные рабочие (сторожа, грузчики и т. п.).

Злоупотребление алкоголем связано со стажем работы на данном предприятии и текучестью кадров. По нашим данным, большинство злоупотребляющих (61,2%) имели небольшой стаж работы на заводе (до 5 лет); среди злоупотребляющих алкоголем отмечается большая текучесть — 31,8% (по заводу 18%). Большинство злоупотребляющих (65%) увольняют за систематические прогулы и в связи с арестами за нарушение правил общественного порядка в состоянии алкогольного опьянения.

Таковы некоторые данные о распространенности злоупотребления алкоголем на одном из крупных промышленных предприятий в зависимости от некоторых социально-гигиенических факторов (семейное положение, образование, профессия, характер труда и др.). Однако простое сопоставление данных о злоупотреблении алкоголем с отдельными социально-гигиеническими признаками без комплексной их взаимосвязи и учета других факторов, действующих в той или иной

микросоциальной среде (взаимоотношения в семье, условия воспитания и др.) не дают полного представления о причинах, способствующих возникновению и распространению алкоголизма и пьянства.

Глава V

Медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем

Смертность от алкоголизма и пьянства

Злоупотребление алкоголем, как известно, способствует развитию соматических и психических заболеваний и прямо или косвенно является одной из важнейших причин смертности населения. По данным ВОЗ, алкоголизм и связанные с ним заболевания как причина смерти уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Только непосредственно от алкоголизма в США умирают ежегодно около 100 тыс., в Англии — более 40 тыс. [Гукасян А. Г., 1968], во Франции — 18 тыс. человек [Добровольский Ю. А., 1968]. По данным O. Geneke (1968), показатели смертности от алкоголизма на 100 000 населения в 1965 г. составляли во Франции 11,9; в СФРЮ — 2; США — 1,4; Швеции — 0,9; Канаде — 1; ВНР — 0,7; ПНР — 0,3; ЧССР — 0,2.

Многие ученые [Стрельчук И. В., 1973; Baryot A., 1957; Lederman M. S., 1958; Steudler F., 1974, и др.] отмечают прямую зависимость между уровнем смертности от алкогольных заболеваний и потреблением алкоголя на душу населения. В частности, французский исследователь F. Steudler (1974) прослеживает прямую зависимость между смертностью от цирроза печени (табл. 11) и потреблением алкоголя на душу населения по отдельным странам мира.

Число смертей от цирроза печени во Франции увеличилось с 2763 случаев в 1946 г. до 17 463 в 1967 г. Число больных, поступающих в психиатрические боль-

Таблица 11

Зависимость смертности вследствие цирроза печени от потребления алкоголя на душу населения в некоторых странах

Страна	Смертность от цирроза печени на 100 000 населения	Потребление алкоголя на душу населения в год (лица старше 20 лет), л
Франция	47,0	28
Италия	14,2	20
США	8,8	10
Бельгия	8,8	10
Англия	8,5	10
ФРГ	5,1	14
Дания	4,9	8

ницы по поводу алкоголизма, возросло с 6704 в 1952 г. до 25 937 в 1966 г.

Приводятся статистические данные о повышении смертности от алкогольного цирроза печени в Швеции, Норвегии, Финляндии и Дании. Смертность от алкогольного цирроза в этих странах за последние годы увеличилась в 3—6 раз [Svedsen H., 1976]. J. Chevallier (1968) отмечает, что смертность среди больных с осложнениями алкоголизма, лечившихся в терапевтическом стационаре, составляла 11,6%. Чаще всего смерть наступала от печеночной комы. Средний возраст умерших женщин — 56 лет, мужчин — 60 лет.

От цирроза печени, вызванного чрезмерным употреблением спиртных напитков, в 1976 г. умерли 3140 человек, что составляет 14,8 на 100 000 населения[1].

Статистическое обследование, организованное страховыми компаниями США, показало, что средний уровень смертности систематически пьющих почти в 2 раза выше, чем непьющих. Злоупотребление алкоголем, по данным американских авторов [Cahalam D., Room R., 1972], сокращает среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет. Не случайно в капиталистических странах некоторые страховые компании отказы-

[1] The New York Times, 1980, 20 Jan., p. 44.

ваются страховать жизнь больных алкоголизмом или устанавливают им большие страховые взносы.

Со злоупотреблением алкоголя связаны самоубийства, являющиеся в ряде западных стран одной из важнейших причин смерти. Самоубийства среди лиц, страдающих алкоголизмом, в 10 раз чаще, чем среди всего населения [Neumann J., Seidel K., 1978]. Так, по данным австралийского исследователя J. Santamaria (1972), на почве алкоголизма происходит от 17 до 22,4% всех суицидальных попыток. По данным J. Moser (1974), до 32,8% лиц, страдающих алкоголизмом, в различных странах совершают суицидальные попытки. В США ежегодно 15 тыс. человек кончают жизнь самоубийством, 25 тыс. человек умирают от болезней, непосредственной причиной которых является алкоголь [1].

Американский журнал «US News and World Report» в статье «Рост алкоголизма в США и новые меры борьбы с ним» (1973, № 10) приводит данные о том, что злоупотребление алкоголем является причиной половины всех несчастных случаев на транспорте со смертельным исходом, половины всех убийств, четвертой части самоубийств; 80 тыс. случаев смерти в год прямо или косвенно связаны с алкоголизмом.

По данным Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Куйбышева, смерть от отравления этиловым алкоголем составляет 7,6% всех случаев насильственной смерти и скоропостижно скончавшихся [Стегунин С. И., 1970].

По данным R. Costello, S. Schneider (1974), главными причинами смерти больных алкоголизмом являются сердечно-сосудистые заболевания, несчастные случаи, острая алкогольная интоксикация и циррозы печени. Авторы установили, что наибольшая доля смертности приходится на начало заболевания алкоголизмом, к первым 5—6 годам его развития. Насильственная смерть и смерть от острой алкогольной интоксикации чаще бывает уделом молодых людей, а смерть от сердечно-сосудистых заболеваний и цирроза печени — более пожилых.

Работы G. Lowe, Hodges, A. Johnson (1974) показы-

---

[1] Во что обходится алкоголь.— Наука и жизнь, 1976, № 10, с. 127.

вают, что в штате Джорджия в 12,9 случая на 100 000 населения смерть связана с употреблением алкоголя. У 67,8% умерших смерть была прямо связана с алкоголизмом, алкогольными психозами и циррозом печени. У всех умерших отмечалась высокая концентрация алкоголя в крови.

W. Schmidt, J. Sint (1972) на основе эпидемиологических исследований причин смерти у больных алкоголизмом приходят к выводу, что главными причинами, приводящими к смерти, являются рак дыхательной и пищеварительной систем, пневмония, цирроз печени, суицидальные тенденции. Эти причины составляют $^{2}/_{3}$ всех летальных случаев. В оставшейся трети на первом месте стоит сердечная патология. Смертность от склеротических и дегенеративных изменений мышцы сердца у больных алкоголизмом была в 2 раза выше, чем среди всего населения (авторы объясняют это алкогольной интоксикацией, особым эмоциональным состоянием, многолетним курением, отсутствием достаточного питания больных алкоголизмом). В этиологии рака, по мнению авторов, играет роль не столько алкогольная интоксикация, сколько злоупотребление курением. Смертность от алкоголизма наиболее высока среди молодежи. Авторы различают острое и хроническое действие алкоголя, приводящее к смерти. При острой алкогольной интоксикации смерть наступает в результате несчастного случая, самоубийства, алкогольного психоза, пневмонии; при хронической алкогольной интоксикации — от рака гортани, глотки, пищевода, алкогольного психоза, заболевания сердца, пневмонии, цирроза печени.

Проведенное нами выборочное исследование причин смерти у группы умерших мужчин (488 человек), злоупотреблявших алкоголем (табл. 12), показывает, что первое место в структуре причин смерти у них занимают несчастные случаи, отравления и травмы (47,6%), из них треть составляют случаи смерти от острого отравления алкоголем, около половины приходится на несчастные случаи, связанные с транспортом. Сердечно-сосудистые заболевания занимают второе место в структуре причин смерти мужчин, злоупотребляющих алкоголем (28,7%). На долю ишемической болезни сердца приходится около 40% всех случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Хотя по-

Таблица 12

Причины смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем
(в процентах к итогу)

Причины смерти	Умершие	
	абс. число	%
Несчастные случаи, отравления, травмы	232	47,6
в том числе острое отравление алкоголем	72	30,6
Сердечно-сосудистые заболевания	140	28,7
в том числе ишемическая болезнь сердца	52	37,1
Новообразования	36	7,4
Болезни органов пищеварения	28	5,7
в том числе цирроз печени	24	85,7
Болезни органов дыхания	24	4,9
Другие причины	28	5,7

вообразования занимают третье место в структуре причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, однако удельный вес их сравнительно невелик (7,4%). Далее в структуре причин смерти следуют болезни органов пищеварения (5,7%) и болезни органов дыхания (4,9%). Следует подчеркнуть, что из 28 случаев смерти от болезней органов пищеварения 24 случая приходятся на циррозы печени; 71,4% случаев смерти от других причин приходится на туберкулез органов дыхания.

Анализ причин смерти больных алкоголизмом, состоявших на учете в психоневрологическом диспансере и пьяниц, неоднократно доставлявшихся в медвытрезвители, не выявляет существенных различий между ними, что указывает на относительную однородность изучаемой группы. Определяющим признаком для этих лиц служит не столько степень злоупотребления алкоголем, сколько сам факт злоупотребления им.

Аналогичные данные о структуре причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, приводит И. В. Стрельчук (1973), изучавший причины смерти

540 больных алкоголизмом, лечившихся в психиатрических больницах Москвы. Автор установил, что среди этих лиц в результате несчастных случаев (сюда включены и случаи скоропостижной смерти) в состоянии опьянения погибло 123 человека (20,3%), 52 человека умерли от инфаркта миокарда, 20 — от паралича сердца, 26 — от кардиосклероза (все вместе составляет 20%), от злокачественных новообразований умерли 49 человек (9%). Лишь 4% больных алкоголизмом умерли в возрасте старше 60 лет. В. А. Быстрова (1972), изучавшая множественные причины смерти по данным трех городов (Чимкент, Тула, Лиепая), установила, что алкоголизм в 3,5% случаев предрасполагает к смертельному исходу, а в 0,1% случаев является основной причиной смерти.

Наши данные о структуре причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, существенно отличаются от этих показателей по взрослому мужскому населению в целом, где первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания (44%), второе — злокачественные новообразования (13%), далее следуют несчастные случаи, болезни органов дыхания и пищеварения [Бедный М. С., 1976].

Повозрастной анализ причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, показывает, что большинство их (около 60%) умирают в самом производительном возрасте — до 50 лет (табл. 13). Это подтверждается и другими литературными данными. Так, по данным В. Н. Ильюшкина (1978), изучавшего причины смерти больных алкоголизмом в Великих Луках, установлено, что 71% из них умерли в возрасте до 50 лет. В половине всех случаев смерть наступила в результате несчастных случаев, среди них острые отравления алкоголем составили 31,2%, самоубийства — 25,9%, транспортные происшествия — 9,1%.

О том, что случаи острых алкогольных отравлений, транспортные происшествия, несчастные случаи и травмы, убийства способствуют увеличению смертности больных алкоголизмом, свидетельствуют многие работы зарубежных авторов.

Анализ причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, по возрастам также выявляет определенные особенности по сравнению со структурой причин смерти всего мужского населения. Если от сердечно-

Таблица 13

Распределение умерших мужчин, злоупотреблявших алкоголем, по возрасту
(в процентах к итогу)

Возраст, годы	Умершие	
	абс. число	%
20—29	32	6,6
30—39	144	29,5
40—49	108	22,1
50—59	80	16,4
60 и старше	124	25,4
Всего . . .	488	100,0

сосудистых заболеваний мужчины умирают преимущественно в возрасте 60 лет и старше, то мужчины, злоупотреблявшие алкоголем, в 62,8% случаев умирают в возрасте до 60 лет. Мужчины, злоупотреблявшие алкоголем, умирают от новообразований преимущественно в возрасте 40—59 лет (67,1%); несчастные случаи, отравления и травмы преобладают в молодом и среднем возрасте (от 20 до 49 лет) — 75,9%. Смертные случаи от болезней органов пищеварения в основном приходятся на возраст до 50 лет (71,2%). Болезни органов дыхания чаще выступают как причина смерти у мужчин, злоупотреблявших алкоголем, в возрасте до 40 лет (23,2%), чем у всего мужского населения, где на долю этого возраста приходится около 15% случаев смерти по этой причине.

Влияние злоупотребления алкоголем на общую заболеваемость населения

Соматическим последствиям алкоголизма посвящено много работ отечественных и зарубежных авторов, прежде всего клиницистов. По данным J. Moser (1974), среди поступивших в терапевтические стационары больные алкоголизмом составляют во Франции 30—53%, в Австралии — 10%, в Швеции — 4,8%; сре-

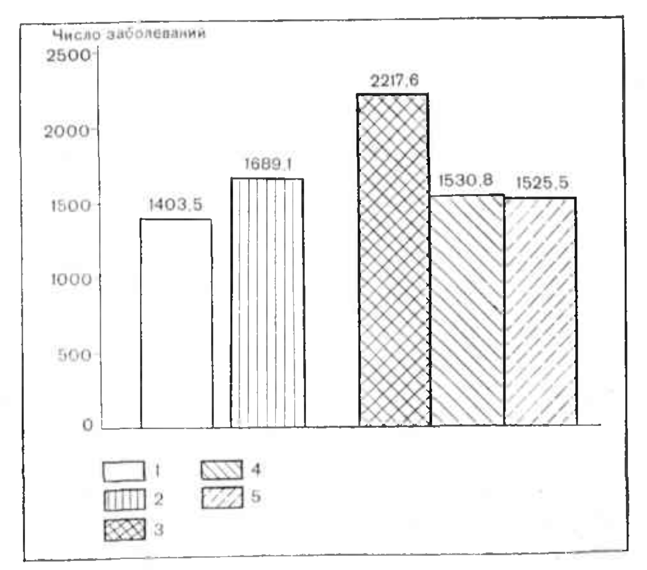


Рис. 4. Общая заболеваемость (выборка) мужского населения и мужчин, злоупотребляющих алкоголем за 1969—1971 гг. (среднегодовые данные на 1000 взрослых мужчин).

1 — взрослое мужское население; 2 — мужчины, злоупотребляющие алкоголем; 3 — контингент состоящих на учете в психоневрологических учреждениях; 4 — контингент зарегистрированных в медвытрезвителях; 5 — контингент, которому оказана скорая помощь.

ди поступивших в психиатрические стационары этих стран они составляют 45, 25 и 7,6% соответственно. В Японии 39% больных алкоголизмом страдают соматическими заболеваниями.

На связь хронического алкоголизма с заболеваниями внутренних органов указывают А. Г. Гукасян (1968), В. М. Банщиков (1970), А. К. Качаев (1970), А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1971), С. З. Пащенков (1972), И. В. Стрельчук (1973), И. Н. Пятницкая, В. А. Карлов, Б. Л. Элконин (1977) и др.

Предпринимались отдельные попытки увязать заболеваемость отдельных групп населения с частотой употребления алкогольных напитков [Мольков А. В., 1926; Чучелов Н. И., 1927; Дейчман Э. И., 1928; Майстрах К. В., 1929; Анисимов Р. П., 1966; Каменков К. А., 1968; Ястребов В. М., 1973, и др.]. Авторы этих работ связывают уровень заболеваемости в основном с частотой употребления алкогольных напитков, в боль-

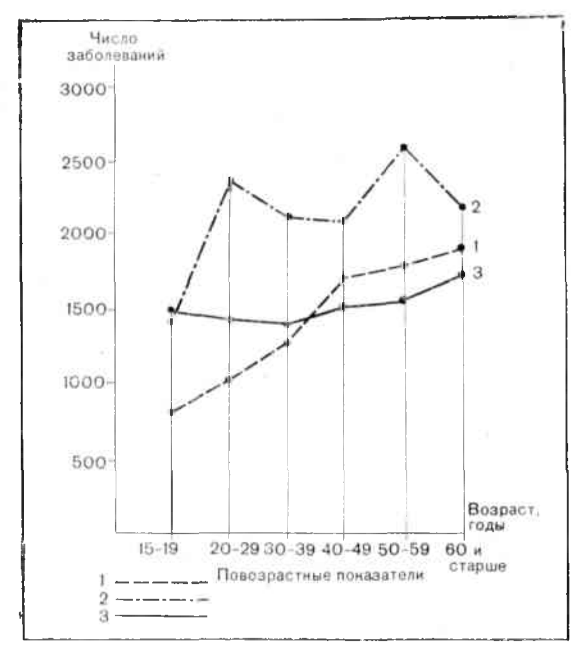


Рис. 5. Повозрастные показатели общей заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и мужского населения Москвы за 1969—1971 гг. (среднегодовые данные на 1000 мужчин соответствующего возраста).

1 — мужское население; 2 — состоящие на учете; 3 — контингент медвытрезвителей и скорой помощи.

шинстве случаев не раскрывая понятия «часто употребляющие», «неумеренно употребляющие», «пьющие», «непьющие». Однако специальных работ, посвященных изучению общей заболеваемости среди городских или сельских жителей, злоупотребляющих алкоголем, практически нет. Отсутствие подобных исследований связано с организационно-методическими трудностями.

Предпринятое нами изучение общей заболеваемости лиц, злоупотребляющих алкоголем, и сопоставление этих данных с соответствующими показателями общей заболеваемости взрослого мужского населения Москвы[1] позволили выявить ряд особенностей в уровне и

[1] Фактические данные по общей заболеваемости мужского населения Москвы, изучавшейся в связи с переписью населения 1970 г., получены нами в бюро медицинской статистики Главного управления здравоохранения Москвы (зав. В. В. Гуджабидзе).

структуре общей заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем.

Заболеваемость изучали как по отдельным группам (больные алкоголизмом, состоящие на учете в психоневрологических диспансерах; лица, доставленные в медвытрезвители и обслуженные станцией скорой медицинской помощи), так и в целом по контингенту злоупотребляющих алкоголем в разрезе классов и отдельных групп болезней.

Общая заболеваемость у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в 1,2 раза выше заболеваемости взрослого мужского населения (рис. 4). Наибольшая заболеваемость отмечается среди контингента больных алкоголизмом, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, — в 1,5 раза выше заболеваемости взрослого мужского населения. Отмечается также сравнительно высокая заболеваемость в контингенте медвытрезвителей и скорой медицинской помощи.

Определенные различия выявляются при анализе повозрастных показателей (рис. 5). Уровень заболеваемости взрослого мужского населения с возрастом увеличивается, максимум приходится на 60 лет и старше. Наиболее высокая заболеваемость мужчин, злоупотребляющих алкоголем, приходится на возрастную группу 50—59 лет.

Заболеваемость больных алкоголизмом во всех возрастных группах значительно выше заболеваемости мужского населения Москвы; особенно существенны различия в возрастных группах до 40 лет. Заболеваемость лиц, доставлявшихся в медвытрезвители, а также получавших скорую медицинскую помощь в состоянии опьянения, во всех возрастных группах значительно ниже заболеваемости больных алкоголизмом, за исключением возрастной группы 15—19 лет, где показатели не имеют существенных различий. По сравнению с заболеваемостью мужского населения Москвы заболеваемость в возрасте до 40 лет среди пьяниц (контингент медвытрезвителей и скорой медицинской помощи) выше, особенно существенны различия в возрастных группах 15—19 и 20—29 лет. Старше 40 лет заболеваемость, наоборот, выше среди мужского населения. Таким образом, к 40 годам уровень заболеваемости мужского населения и пьяниц сближается и происходит их перекрест; после 40 лет отмечается по-

вышение общей заболеваемости у всех мужчин, в том числе у пьяниц, однако уровень ее у последних заметно ниже.

Такую тенденцию, по-видимому, можно объяснить тем, что до 40 лет сравниваемые группы мужчин более однородны в отношении состояния здоровья, поэтому в этом возрасте отчетливее проявляется влияние злоупотребления алкоголем на организм человека. После 40 лет происходит определенное «накопление» хронических болезней, возникающих в результате влияния многих факторов, которые в значительной степени и определяют уровень общей заболеваемости. Кроме того, можно предположить, что часть мужчин, злоупотреблявших алкоголем в молодом возрасте, перестала им злоупотреблять после 40 лет в связи с ухудшением состояния здоровья. В возрасте 40 лет и старше, по нашим наблюдениям, злоупотребляют алкоголем преимущественно лица (контингент медвытрезвителей), считающие себя здоровыми, т. е. у которых еще не проявились хронические заболевания. О том, что молодой возраст (до 30 лет) наиболее уязвим для алкогольной интоксикации, свидетельствуют и данные литературы [Wechsler H. et al., 1972].

Более высокая заболеваемость больных алкоголизмом во всех возрастных группах свидетельствует о бесспорном влиянии злоупотребления алкоголем на здоровье человека и в более старшем возрасте (старше 40 лет).

Сравнительный анализ общей заболеваемости по классам болезней показывает, что как среди всего мужского населения, так и среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем, наибольшая заболеваемость приходится на болезни органов дыхания (478,4 и 598,1 на 1000 соответственно) (табл. 14).

Сравнительно высокий уровень заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в значительной степени обусловлен несчастными случаями, отравлениями и травмами. Он в 2,7 раза превышает заболеваемость мужского населения Москвы.

Определенные различия в уровне заболеваемости выявляются по отдельным контингентам злоупотребляющих алкоголем. Так, например, при сравнительно низкой заболеваемости болезнями нервной системы и органов чувств, системы кровообращения и органов

Таблица 14

Заболеваемость мужского населения Москвы и мужчин, злоупотребляющих алкоголем, по основным классам болезней

(по данным среднегодовой обращаемости за 1969—1971 гг. на 1000 человек)

Класс болезней	Взрослое мужское население	Злоупотребляющие алкоголем			
		в целом по группе	больные алкоголизмом, состоящие на учете в психоневрологических диспансерах	контингент медвытрезвителей	контингент скорой медицинской помощи
Инфекционные и паразитарные болезни	39,9	39,8	64,8	30,2	45,8
Новообразования	18,3	5,1	1,9	4,5	15,5
Болезни эндокринной системы	18,6	4,2	—	5,7	4,8
Болезни крови и кроветворных органов	1,1	1,3	—	1,6	2,9
Болезни нервной системы и органов чувств	140,8	106,1	143,0	98,9	113,0
Болезни системы кровообращения	163,8	112,4	169,7	88,5	124,7
Болезни органов дыхания	478,4	598,1	627,1	601,7	516,5
Болезни органов пищеварения	114,9	88,7	124,6	76,0	83,7
Болезни мочеполовых органов	27,7	15,2	18,8	13,4	17,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	65,8	85,1	86,9	86,6	73,1
Болезни костно-мышечной системы	111,2	101,2	114,9	99,7	80,8
Несчастные случаи, отравления, травмы	140,1	378,3	400,3	376,1	417,1

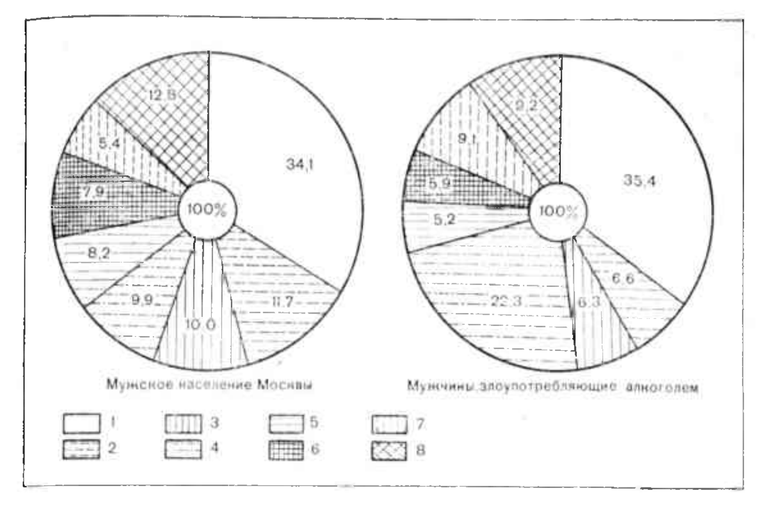


Рис. 6. Структура общей заболеваемости (выборка) мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и мужского населения Москвы по классам болезней в процентах за 1969—1971 гг.

1 — болезни органов дыхания; 2 — болезни системы кровообращения; 3 — болезни нервной системы и органов чувств; 4 — несчастные случаи, отравления, травмы; 5 — болезни органов пищеварения; 6 — болезни костно-мышечной системы; 7 — психические болезни; 8 — прочие болезни.

пищеварения по контингенту злоупотребляющих алкоголем в целом уровень заболеваемости этими болезнями выше, чем всего мужского населения.

Особенности в уровнях заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в известной мере определяют и структуру заболеваемости, которая отличается от таковой мужского населения (рис. 6). Если у всего мужского населения несчастные случаи стоят на четвертом месте, уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, болезням органов дыхания, нервной системы и органов чувств, то у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, несчастные случаи находятся на втором месте (22,3%), психические расстройства — на третьем (9,1%) (у всего мужского населения они занимают седьмое место — 5,4%) и только на четвертом месте — болезни системы кровообращения; пятое место занимают болезни нервной системы и органов чувств (6,3%). На долю перечисленных пяти классов болезней приходится 80% в структуре всей заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем.

Несколько отличается структура заболеваемости по отдельным контингентам злоупотребляющих алкоголем. Так, у больных хроническим алкоголизмом на втором месте после болезней органов дыхания находятся психические расстройства, на третьем — несчастные случаи, далее следуют болезни системы кровообращения и органов пищеварения; у пьяниц на втором месте — несчастные случаи, далее идут болезни нервной системы и органов чувств, болезни системы кровообращения. Если в группе больных алкоголизмом исключить обращаемость в психоневрологические учреждения по поводу алкоголизма (эти обращения во многих случаях вынужденные), то структура заболеваемости больных алкоголизмом и пьяниц будет относительно однородной.

Наиболее заметно влияние злоупотребления алкоголем на общую заболеваемость выявляется при рассмотрении полученных данных по отдельным группам и классам болезней. Так, при одинаковой заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями мужчин, злоупотребляющих алкоголем (39,8%), и мужского населения Москвы (39,9%) следует отметить существенные различия в заболеваемости туберкулезом органов дыхания и венерическими болезнями. Заболеваемость туберкулезом мужчин, злоупотребляющих алкоголем, выше чем мужского населения во всех возрастных группах, особенно в возрасте до 30 лет (в среднем в 4,5 раза). Заболеваемость туберкулезом больных алкоголизмом в 3,4 раза выше, чем мужского населения.

На частое сочетание алкоголизма с туберкулезом легких указывают А. И. Ершов (1963) и другие авторы. По данным зарубежных авторов, среди больных туберкулезом 30—40% составляют больные алкоголизмом [Schmidt L., 1961, и др.].

Число обращений по поводу венерических болезней у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, почти в 2 раза больше, чем у всего мужского населения. Связь злоупотребления алкоголем с распространением венерических болезней подтверждается данными литературы. Moller (1958) указывает, что около 70% мужчин заражаются венерическими болезнями в состоянии алкогольного опьянения.

Уровень психических расстройств у мужчин, злоу-

потребляющих алкоголем, в 2 раза превышает уровень психической заболеваемости мужского населения. Особенно велика обращаемость по поводу психических расстройств в группе больных алкоголизмом: она колеблется от 333,3 до 593,5 в разных возрастных группах населения, составляя в среднем по группе 465,6 на 1000. Практически каждый второй больной алкоголизмом, состоящий на учете в психоневрологическом диспансере, обращался в течение года по поводу алкоголизма или другого психического расстройства. Частота психических расстройств среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем, объясняется не только обращаемостью непосредственно по поводу алкоголизма, но и большей обращаемостью злоупотребляющих в связи с различными психозами и неврозами.

Число обращений по поводу психозов и неврозов у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в 1,4 — 2 раза больше соответствующего показателя для всего мужского населения. У больных алкоголизмом эти различия еще более существенны. Обращает внимание сравнительно высокий уровень психозов у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в возрасте до 40 лет — в 2 раза выше по сравнению с уровнем для всего мужского населения. Среди больных алкоголизмом обращаемость по поводу психозов в возрасте до 40 лет еще выше.

Обращаемость по поводу психозов в возрастных группах старше 40 лет имеет некоторые особенности: в возрасте 40—49 лет и старше 60 лет отмечается одинаковая обращаемость у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и у мужского населения, а в возрасте 50—59 лет обращаемость у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в 2,1 раза превышает соответствующий показатель для мужского населения.

Заболеваемость неврозами мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в среднем в 2 раза выше во всех возрастных группах, чем мужского населения. Наибольшая обращаемость (30,4 на 1000) отмечается в возрастной группе 40—49 лет, что обусловлено частой обращаемостью больных алкоголизмом (256,5 на 1000) в этой возрастной группе по поводу неврозов.

Таким образом, большая заболеваемость психическими расстройствами мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в значительной степени обусловлена большой

Таблица 15

Заболеваемость эпилепсией и болезнями периферической нервной системы взрослого мужского населения и мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в зависимости от возраста
(по данным среднегодовой обращаемости за 1969—1971 гг. на 1000 человек)

Возраст, годы	Взрослое мужское население		Весь контингент мужчин, злоупотребляющих алкоголем		Больные алкоголизмом, состоящие на учете в психоневрологических диспансерах	
	эпилепсия	болезни периферической нервной системы	эпилепсия	болезни периферической нервной системы	эпилепсия	болезни периферической нервной системы
15—19	2,2	3,6	—	—	—	—
20—29	1,6	10,7	1,9	7,5	—	25,0
30—39	3,0	22,2	9,2	19,3	6,2	23,3
40—49	3,1	25,6	9,1	23,0	7,4	20,9
50—59	3,4	27,8	11,5	26,5	11,6	26,3
60 и старше	1,9	18,0	20,2	24,1	6,9	13,8
Всего . . .	2,5	20,3	7,8	21,1	8,1	32,6

обращаемостью больных алкоголизмом по поводу основного заболевания и различных психозов (в том числе алкогольных) и неврозов. Нарушения психического здоровья при алкоголизме, как отмечают многие авторы, являются следствием длительного злоупотребления алкоголем [Федотов Д. Д., 1967, 1974; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1971; Стрельчук И. В., 1973, и др.).

При рассмотрении заболеваемости болезнями нервной системы и органов чувств обращает на себя внимание большая заболеваемость эпилепсией в группе мужчин, злоупотребляющих алкоголем (7,8 на 1000 против 2,5 на 1000 мужского населения). Число обращений по поводу эпилепсии у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, увеличивается, в отличие от мужского населения, в старших возрастах (от 9,1 на 1000 в возрасте 40—49 лет до 20,2 на 1000 в возрасте 60 лет

и старше) (табл. 15). Следует отметить, что среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем (в том числе и среди больных алкоголизмом), в возрасте 15—19 лет не зарегистрированы обращения по поводу эпилепсии и болезней периферической нервной системы, однако среди мужского населения такие обращения отмечены.

Заболеваемость болезнями периферической нервной системы мужчин, злоупотребляющих алкоголем, практически не отличается от соответствующего показателя мужского населения. У больных алкоголизмом этот показатель существенно выше.

Об отрицательном действии алкоголя на нервную систему сообщают В. А. Гиляровский (1954), В. Н. Ильин (1959), Е. С. Станкевич (1964), Г. В. Зеневич, Э. Д. Тыкочинская (1967), М. Л. Федорова, М. К. Дубровская, В. А. Радченко (1974), H. Wallgren (1972) и др. В основе неврологических проявлений на почве алкоголизма обычно лежит органическое поражение головного мозга и периферической нервной системы [Пятницкая И. Н., Карлов В А., Элконин Б. Л., 1977]. Названия ряда заболеваний нервной системы (алкогольная эпилепсия, алкогольные полиневриты) указывают на их связь со злоупотреблением алкоголем.

Результаты рассмотрения повозрастных показателей заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и взрослого мужского населения по классу «Болезни системы кровообращения» представлены в табл. 16. Заболеваемость мужского населения по классу болезней в целом выше, чем мужчин, злоупотребляющих алкоголем. Это обусловлено преимущественно большей обращаемостью в старших возрастах (старше 40 лет), особенно в возрасте 50—59 лет и старше 60 лет. В возрастных группах 20—29 и 30—39 лет заболеваемость (51,5 и 72,5 на 1000 соответственно) мужчин, злоупотребляющих алкоголем, наоборот, несколько выше, чем мужского населения (31,5 и 63,5 на 1000).

В структуре заболеваемости болезнями системы органов кровообращения основная доля приходится на гипертоническую болезнь и ишемическую болезнь сердца (56,2% у мужского населения и 62,3% у мужчин, злоупотребляющих алкоголем). Обращаемость по поводу гипертонической болезни у мужчин, злоупот-

Таблица 16

Заболеваемость болезнями системы кровообращения взрослого мужского населения и мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в зависимости от возраста

(по данным среднегодовой обращаемости за 1969—1971 гг. на 1000 человек)

Возраст, годы	Взрослое мужское население			Мужчины, злоупотребляющие алкоголем		
	в целом по классу	гипертоническая болезнь	ишемическая болезнь сердца	в целом по классу	гипертоническая болезнь	ишемическая болезнь сердца
15—19	21,9	3,9	0,8	—	—	—
20—29	31,5	11,2	2,1	51,5	9,0	5,1
30—39	63,5	18,0	10,5	72,5	26,2	12,6
40—49	171,7	30,7	72,4	104,1	40,1	33,3
50—59	329,1	15,6	186,9	261,2	93,0	82,4
60 и старше	494,4	4,7	275,4	286,9	86,9	107,5
Всего . . .	163,3	15,2	76,9	112,4	38,5	31,3

ребляющих алкоголем, в $2^1/_2$ раза выше, чем у взрослого мужского населения. У больных алкоголизмом эта обращаемость в 4 раза выше по сравнению с мужским населением. Наиболее существенная разница между показателями по указанным группам отмечается в возрасте старше 50 лет (в 9 раз выше по группе злоупотребляющих в целом).

В отличие от обращаемости по поводу гипертонической болезни обращаемость по поводу ишемической болезни сердца более чем в 2 раза выше среди мужского населения. Наиболее высокий уровень и более существенные различия в заболеваемости проявляются в старших возрастах. В возрасте до 40 лет заболеваемость ишемической болезнью сердца невелика, она несколько выше у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Высокая заболеваемость гипертонической болезнью и относительно низкая — ишемической болезнью сердца у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в возрасте старше 40 лет по сравнению с мужским населением

указывают на определенную связь и зависимость между этими заболеваниями и злоупотреблением алкоголем. Можно предположить, что в более старших возрастах отдельные мужчины продолжают злоупотреблять алкоголем, несмотря на гипертоническую болезнь, однако при ишемической болезни сердца, которая в большинстве случаев является следствием гипертонической болезни, многие вынуждены прекратить употребление алкоголя. Такие лица не вошли в группу злоупотребляющих алкоголем в более старшем возрасте. Наряду с этим вследствие меньшей продолжительности жизни больных алкоголизмом до пожилого возраста из числа злоупотребляющих алкоголем доживают в основном обладающие относительно крепким здоровьем. Так, по данным И. В. Стрельчука (1973), средняя продолжительность жизни больных алкоголизмом составляет 55 лет.

Многие данные отечественных и зарубежных авторов [Махлина А. Л., 1963; Глазова О. М., Новосельская В. В., 1964; Банщиков В. М., 1969; Качаев А. К., 1970; Деглин В. Я., 1972; Ястребов В. М., 1973; Cormick M., 1957; Heyden-Stucky J., 1965; Souhija A., 1972; Rader E., 1973, и др.] свидетельствуют о том, что у лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками, ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь встречаются гораздо чаще. По данным З. Г. Туровой и Д. М. Галинич (1980), специальное обследование пациентов в соматических стационарах Москвы выявило среди больных с сердечно-сосудистой патологией 15,2% лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

Некоторые клиницисты выделяют как четко очерченную нозологическую форму алкогольную кардиопатию [Элконин Б. Л., 1977] или алкогольную миокардиодистрофию [Тареев Е. М., Мухин А. С., 1977; Кочегуров В. Н., 1980, и др.], которая довольно часто наблюдается в терапевтической клинике. Б. Л. Элконин считает, что основным в патогенезе алкогольной кардиопатии является прямое токсическое воздействие на миокард этанола на фоне характерных для алкоголизма изменений нервной регуляции и микроциркуляции. Е. М. Тареев и А. С. Мухин выделяют даже три основные формы алкогольной миокардиодистрофии: «классическую», «квазиишемическую» и «аритмическую». По данным В. Н. Кочегурова (1980), алкогольная

Таблица 17

Заболеваемость взрослого мужского населения и мужчин, злоупотребляющих алкоголем, болезнями органов дыхания в зависимости от возраста

(по данным среднегодовой обращаемости за 1969—1971 гг. на 1000 человек)

Возраст, годы	Взрослое мужское население			Мужчины, злоупотребляющие алкоголем		
	в целом по классу	грипп, ОРЗ	хронические заболевания легких	в целом по классу	грипп, ОРЗ	хронические заболевания легких
15—19	363,5	238,0	4,3	611,8	41,5	24,2
20—29	451,5	329,0	6,0	635,0	489,2	11,0
30—39	517,7	390,5	10,8	587,9	462,1	25,2
40—49	565,0	409,2	28,8	580,4	390,3	45,7
50—59	495,2	312,8	40,3	664,8	348,4	69,1
60 и старше	407,5	170,8	50,1	472,2	247,2	142,5
Всего . . .	478,4	325,9	21,7	598,1	418,1	41,1

миокардиодистрофия была диагностирована у 74,1% больных алкоголизмом. При изучении влияния комплекса факторов на возникновение ишемической болезни сердца и гипертонической болезни Н. А. Галичевой (1965), И. Д. Гапоненко (1967), А. Ф. Голубовским (1968), В. М. Павловым и соавт. (1974) установлена важная роль злоупотребления алкоголем.

Определенные тенденции выявляются и при сопоставлении заболеваемости болезнями органов дыхания (табл. 17). В целом по классу этих болезней обращаемость среди мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в 1,2 раза больше обращаемости всего мужского населения. Более высокий уровень обращаемости в основном обусловлен гриппом и ОРЗ (около 70% по всему классу). В группе мужчин, злоупотребляющих алкоголем, обращаемость по поводу гриппа и ОРЗ составляет 418,1 на 1000, а среди мужского населения — 325,9 на 1000.

Обращает на себя внимание также более высокая заболеваемость хроническими заболеваниями легких

(хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма) у мужчин, злоупотребляющих алкоголем. Разность существенна во всех возрастных группах. В группе больных алкоголизмом заболеваемость еще выше (66,5 на 1000). По данным В. А. Кононяченко (1956), хронические бронхиты, эмфизема легких встречаются в 3—4 раза чаще у больных алкоголизмом, чем среди населения в целом. Как отмечают А. Мухин, Б. Корнев (1980), поражение бронхолегочной системы обусловлено непосредственным токсическим действием выделяющегося через дыхательные пути алкоголя и продуктов его распада на эпителий бронхов, что нарушает нормальную функцию мукоцилиарного аппарата. Своеобразие развития и течения заболеваний легких у лиц, злоупотребляющих алкоголем, как подчеркивают авторы, обусловлено также подавлением общей реактивности организма, в частности это проявляется в токсической депрессии грануло- и лимфопоэза, угнетении фагоцитоза, уменьшении антителообразования, снижении синтеза иммуноглобулинов.

Данные литературы [Кононяченко В. А., 1956; Гукасян А. Г., 1968; Стрельчук И. В., 1971, и др.] свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем способствует возникновению заболеваний желудка. Описаны хронические алкогольные гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [Бабахаджаев Н. К., 1961; Bertrand A., 1957, и др.]. Влияние алкоголя на заболеваемость хроническим гастритом отмечают В. В. Ассман (1967) и В. М. Козлитин (1967). Алкоголь считают одной из ведущих причин поражений печени. Большинство авторов полагают, что в 20—50% случаев цирроз печени вызывает алкогольная интоксикация [Антонович В. И., 1965; Гукасян А. Г., 1968; Елецкий Ю. К., 1970; Мансуров Х., 1975; Faynam F., 1974; Whitlock F., 1974; Neumann J., Seidel K., 1978, и др.]. При специальном обследовании мужчин в гастроэнтерологических отделениях алкоголизм выявляется в 30,2% случаев [Турова З. Г., Галинич Д. М., 1980].

Мы не выявили существенных различий в заболеваемости болезнями органов пищеварения между мужским населением города и мужчинами, злоупотребляющими алкоголем (в целом по группе). Однако в группе больных алкоголизмом, состоящих на учете в

психоневрологических диспансерах, обращаемость по классу болезней органов пищеварения несколько выше (124,6 против 114,9 на 1000). Более существенны различия у больных алкоголизмом и взрослого мужского населения по группе болезней печени (36,6 против 23,2 на 1000).

Как мы отмечали выше, многочисленные статистические данные, особенно зарубежных авторов, свидетельствуют о высоком риске цирроза печени при длительном употреблении алкоголя. На основе анализа многочисленных статистических данных (свыше 20 тыс. случаев цирроза печени) в странах Западной Европы, Америки и Австралии W. Leibach (1976) делает вывод, что алкогольный цирроз печени встречается в 50,4% всех случаев этого заболевания. В происхождении алкогольного цирроза, по мнению автора, решающее значение имеют такие факторы, как уровень употребления алкогольных напитков, фактор времени, степень выведения из организма, реактивность организма.

Совершенно очевидно влияние злоупотребления алкоголем на травматизм. Частота несчастных случаев и травм у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в 2,7 раза превышает таковую у всего мужского населения города. Для больных алкоголизмом этот показатель еще выше.

Обращает на себя внимание высокий показатель несчастных случаев и травм у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, в молодом возрасте — до 30 лет (387,8—395 на 1000), а среди больных алкоголизмом он составляет 516,6—571,4 на 1000. С каждым третьим мужчиной из числа злоупотребляющих алкоголем в течение года происходит тот или иной несчастный случай. По данным Н. Ф. Присакаря (1981), алкоголь является причиной тяжелого производственного травматизма в 4,6% случаев, непроизводственного — в 13,6% случаев, транспортного — в 24% и смерти от травм — в 46,4% случаев.

По данным литературы, значительное число дорожных (преимущественно автомобильных) происшествий связано с алкогольным опьянением. По данным бюро судебно-медицинской экспертизы Читы, алкоголь обнаружен в крови у 40,6% пострадавших в автодорожных происшествиях со смертельным исходом. В 56,9% несмертельных травм отмечалось алкогольное опьяне-

ние [Рожинский М. М., Акопов В. П., Блехман С. Д., 1972; Присакарь И. Ф., 1981]. Е. Saint (1969) установила, что у 40% водителей из числа всех совершивших аварии содержание алкоголя в крови составило 0,5 г/л. При происшествиях, сопровождавшихся гибелью людей, у 80% водителей было 0,1 г алкоголя в 100 мл крови. Более чем в 30% случаев причиной дорожно-транспортных происшествий является алкогольная интоксикация водителей и в 15,9% случаев — опьянение пешеходов [Балмуханов В. Н., 1980].

Сравнительный анализ общей заболеваемости мужчин, злоупотребляющих алкоголем, позволил выявить ряд ее особенностей и статистически доказать влияние злоупотребления алкоголем на здоровье населения. Заболеваемость некоторыми болезнями у алкоголиков, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, несколько выше, чем пьяниц (контингент медвытрезвителей и скорой медицинской помощи), что указывает на зависимость заболеваемости от степени злоупотребления алкоголем. Мы не выявили существенных различий между больным алкоголизмом и пьяницами как в структуре заболеваемости, так и в структуре смертности. Это указывает на относительную однородность группы мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и свидетельствует о существовании у них общих биологических проявлений алкоголизма, которые необходимо больше учитывать при диагностике этого заболевания, особенно на его ранних стадиях.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих, злоупотребляющих алкоголем

Одним из важных показателей, характеризующих состояние здоровья, является заболеваемость с временной утратой трудоспособности. По данным V. Marsch (1971), временная нетрудоспособность в США «пьющих» в 4 раза продолжительнее, чем «непьющих», а алкоголизм стоит на четвертом месте среди причин нетрудоспособности. По причинам, связанным с алкоголизмом, общество теряет около 30 млн. рабочих дней в году. Заболеваемость с нетрудоспособностью более недели больных алкоголизмом в 2 раза выше, чем непьющих, как отмечает статистика теле-

фонной компании «Белл» в США [Виноградов Н. А., Качаев Л. К., 1971].

На прямую зависимость временной нетрудоспособности от употребления алкоголя указывает К. А. Каменков (1967), подчеркивая, что подгруппа «неумеренно пьющих» имеет сравнительно высокие коэффициенты заболеваемости по отношению к «пьющим редко». Эта же подгруппа имеет и наименьший «индекс здоровья».

Ф. Х. Зингер и И. И. Ясинский (1969) замечают, что среди неболевших шахтеров, не употребляющих алкогольные напитки, было 12%, а среди часто болевших — только 6,9%. У лиц, не употреблявших алкоголь, реже встречались заболевания органов дыхания, уха, горла, носа, случаи травматизма. Многие состоящие на учете по поводу заболеваний органов пищеварения (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка) и заявившие, что алкоголь они не употребляют, в прошлом пили часто и много.

В работе К. А. Отдельновой (1969), посвященной изучению состояния здоровья длительно и часто болеющих на заводе «Красный пролетарий», а также в работе В. П. Вовк (1972), изучавшей заболеваемость рабочих Центрального горно-обогатительного комбината Криворожского железорудного бассейна, установлена связь между частотой употребления алкоголя и количеством лиц или удельным весом группы длительно и часто болеющих.

Н. И. Гаврилов и соавт. (1969) отмечают существенное влияние на состояние здоровья и, в частности, на заболеваемость с временной утратой трудоспособности такого социального фактора, как злоупотребление алкоголем. По их данным, заболеваемость с временной нетрудоспособностью почти в 2 раза выше у рабочих, употребляющих алкоголь систематически и помногу, чем у не употребляющих его лиц тех же производственно-технических профессий. Аналогичные результаты получены В. Г. Антроповой (1969), изучавшей заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих Свердловского инструментального завода. По данным С. П. Кузиной (1971), среди мужчин — кадровых рабочих-машиностроителей Хабаровска, часто употреблявших алкоголь, случаи заболеваний и производственного травматизма регистрируются

в 2 раза чаще по сравнению с умеренно употребляющими алкоголь рабочими.

Проведенное на Ярославском шинном заводе исследование выявило важную роль длительности и частоты употребления алкоголя в возникновении патологии органов пищеварения, дыхания и сердечно-сосудистой системы, причем прослеживается четкая зависимость заболеваемости от частоты употребления алкоголя [Чулков П. А., 1972]. К аналогичным выводам приходит Л. В. Анохин (1970, 1976), изучавший влияние непроизводственных факторов на заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих Воронежского завода синтетического каучука.

М. В. Мальковец (1973) на примере рабочих Минского автомобильного завода установила, что рабочие, злоупотребляющие алкоголем, утрачивают трудоспособность чаще в случаях на 14,1% и в днях нетрудоспособности на 12,4% по сравнению с употребляющими спиртные напитки умеренно.

Данные В. П. Сербина (1973) свидетельствуют о том, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности, а также заболеваемость нервно-психическими и желудочно-кишечными болезнями были значительно выше у лиц, употребляющих много алкоголя, чем у лиц, не употребляющих его.

Проведенное О. П. Чекайдой (1974) изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на группе рабочих, злоупотребляющих алкоголем, позволило выявить в ней ряд особенностей в связи с некоторыми социально-гигиеническими условиями. Одной из особенностей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (как и общей заболеваемости) изучаемого контингента явился частый травматизм (23,4 случая и 347,3 дня нетрудоспособности на 100 работающих), который занимает второе место (после простудных заболеваний) в структуре заболеваемости по числу случаев и дней нетрудоспособности. Около 70% всех травм получено в быту. Средняя продолжительность одного случая бытовой травмы (15,7 дня) больше, чем производственной (12,8 дня). Это указывает на большую тяжесть бытовых травм. Третье место по числу случаев заняли болезни периферической нервной системы (11,7 на 100 работающих), четвертое — болезни сердца и сосудов (9,8 на 100 работающих).

При изучении влияния текучести кадров на уровень и структуру заболеваемости было установлено, что показатели заболеваемости (224,2 случая и 2544 дня нетрудоспособности) и особенно травматизма у уволенных «злоупотребляющих алкоголем» значительно выше аналогичных показателей у остальных рабочих (161,7 случая и 1610,1 дня нетрудоспособности). Заболеваемость лиц, страдающих алкоголизмом (в случаях и днях нетрудоспособности), в $1^1/_2$ раза превышает показатели нетрудоспособности пьяниц (соответственно 219,2 и 142,5 случая и 2412 и 1469 дней). Более высокая заболеваемость алкоголиков обусловлена в основном увеличением числа случаев и дней нетрудоспособности по гипертонической болезни (выше в 3,7 раза) и группе «прочих» болезней (выше в 2,5 раза), болезням периферической нервной системы (выше в 1,8 раза). Это подтверждает сделанный нами ранее вывод о том, что степень злоупотребления алкоголем наряду с фактом злоупотребления существенно влияет на заболеваемость отдельными болезнями.

В группе основных цехов отмечена более высокая (159 случаев и 1622,3 дня нетрудоспособности) заболеваемость с временной утратой трудоспособности по сравнению со вспомогательными цехами, где эти показатели составляли 136,8 и 1521 соответственно. Заболеваемость коррелирует с частотой злоупотребления алкоголем: чем больше в цехе злоупотребляющих алкоголем, тем выше в нем заболеваемость (коэффициент корреляции равен $0{,}9 \pm 0{,}08$).

Таковы некоторые общие особенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности, выявленные в группе рабочих, злоупотребляющих алкоголем.

Чтобы доказать решающее влияние на заболеваемость с временной утратой трудоспособности основного изучаемого фактора — злоупотребления алкоголем, был проведен сравнительный анализ заболеваемости в основной и контрольной группах. В основную группу вошли рабочие, злоупотребляющие алкоголем, которые проработали на заводе полных три календарных года (1969—1971). К ним методом «паракопий» была подобрана контрольная группа, которая отличалась от основной отсутствием наблюдаемых лиц со злоупотреблением алкоголем.

Изучение показателей по двум сравнительным группам позволило сделать вывод, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности в 1,9 раза (в случаях и днях) выше в группе «злоупотребляющих» (табл. 18.). В этой группе практически по всем нозологическим формам заболеваемость в 2—3 раза выше аналогичных показателей контрольной группы. Это подтверждает мнение клиницистов, что нет ни одного органа или системы, которые не страдали бы при злоупотреблении алкоголем. Обращает на себя внимание в группе «злоупотребляющих» большая частота бытового травматизма (в 7,8 раза), гипертонической болезни (в 3 раза), производственного травматизма (почти в 2,5 раза) по сравнению с контрольной группой. Число лиц, на протяжении изучаемого периода ни разу не утративших трудоспособность, составило в группе «злоупотребляющих» 6,2% против 22% в контрольной группе.

Аналогичные выводы вытекают и из результатов профилактических осмотров: у рабочих основной группы заболеваемость почти в 3 раза выше, чем в контрольной группе (115 случаев против 61,7 на 100 обследованных). В основной группе было выявлено больше заболеваний периферической нервной системы и органов чувств (29,8 случая против 14,4 на 100 обследованных), сердечно-сосудистой системы (25,2 и 15,3% соответственно), органов пищеварения, особенно хронических гастритов, которых почти в 3 раза больше у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

С помощью дисперсионного анализа было установлено, что среди ряда факторов «злоупотребление алкоголем» занимает первое место по влиянию на уровень заболеваемости (19,5%). Меньшее значение имеют такие факторы, как профессия, стаж работы на заводе, степень злоупотребления алкоголем и др.

Определенное значение для оценки состояния здоровья рабочих имеют данные анкетного обследования (табл. 19, 20). На вопрос анкеты «Считаете ли Вы себя здоровым?» 52,6% злоупотребляющих алкоголем ответили отрицательно. В группе рабочих, употребляющих алкоголь «умеренно», этот процент был значительно ниже (33,9). В группе мужчин с выраженными признаками алкоголизма всего 17,9% заявили, что считают себя здоровыми. Все лица этой группы в тече-

Таблица 18

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих-мужчин, злоупотребляющих алкоголем, и по контрольной группе за 1969—1971 гг.

(в среднем на 100 обследованных)

Группа болезней	Случаи		Дни		Средняя длительность одного случая	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
Простудные заболевания	77,1	45,5	514,1	308,2	6,7	6,8
Гнойничковые заболевания кожи и подкожной клетчатки	7,4	3,7	67,5	31,2	9,1	8,4
Производственные травмы	6,3	2.8	77,5	34,3	12,3	12,2
Повреждения в быту	13,1	1,7	206,1	50,1	15,1	29,1
Сердечно-сосудистые заболевания	12,5	5,0	211,8	54,9	16,9	10,9
Болезни периферической нервной системы	15,1	7,8	165,4	78,1	10,9	10,9
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и острые желудочно-кишечные заболевания	3,2	2,1	35,1	22,8	11,5	10,8
Прочие болезни	27,0	16,8	362,6	179,0	13,4	10,9
Итого по всем болезням	161,7	85,4	1610,1	758,6	10,0	8,9

Таблица 19

Самооценка состояния здоровья рабочих-мужчин
(на 100 обследованных)

Группа рабочих	Здоров	Не совсем здоров	Болен
Злоупотребляющие алкоголем	47,4	44,6	8,0
«Умеренно» употребляющие алкогольные напитки	66,1	28,0	5,9

Таблица 20

Распределение рабочих по числу случаев утраты трудоспособности в зависимости от употребления алкоголя
(в процентах к итогу)

Число случаев утраты трудоспособности	Злоупотребляющие алкоголем	„Умеренно" употребляющие алкогольные напитки
Не теряли трудоспособности	2,5	11,2
Теряли трудоспособность:		
1 раз	15,2	18,3
2 раза	35,3	30,8
3 раза и более	47,0	39,7

ние года утрачивали трудоспособность, причем 55,3% из них 3 раза и более. Почти половина злоупотребляющих алкоголем (47%) утрачивали трудоспособность в течение года 3 раза и более (см. табл. 20) и лишь немногие (2,5%) ни разу не были нетрудоспособными.

У рабочих, «умеренно» употребляющих алкогольные напитки, индекс здоровья (число лиц, не терявших в течение года трудоспособности) был в 4,5 раза выше, чем у рабочих, злоупотребляющих алкогольными напитками. Среди «умеренно» употребляющих алкогольные напитки соответственно ниже и процент лиц, утрачивавших трудоспособность 2 раза и более (70,5 против 82,3).

Таковы основные результаты изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Экономический и моральный ущерб от алкоголизма и пьянства

Ущерб, наносимый злоупотреблением алкоголя здоровью, одновременно перерастает в социальный вред, поскольку пьющий живет и работает среди людей. Социально-экономические последствия алкоголизма и пьянства разнообразны. Это разводы, автодорожные происшествия, преступления, экономические убытки, затраты на медицинскую и социальную помощь больным.

Взаимосвязь алкоголизма и семейных конфликтов широко отражена в литературе [Харчев А. Г., 1964; Лубоцкая-Россельс Е. М., 1969; Левин Б. М., 1972; Чуйко Л. В., 1975; Balcard, 1959; Harby, 1960, и др.]. Так, например, Harby (1960) установил, что в Австралии 40% всех разводов связано с алкоголизмом. По данным Л. В. Чуйко (1975), из 2086 бракоразводных дел, возбуждаемых по инициативе женщин, пьянство и алкоголизм мужей послужили основной причиной развода в 47% случаев. Ответчики примерно в половине случаев не соглашались с доводами жен и считали свои выпивки случайными. По данным Л. В. Анохина и Л. Д. Сараевой (1981), злоупотребление алкоголем в 10% случаев (по ответам мужчин) и в 17,8% случаев (по ответам женщин) является причиной разводов в Рязанской области.

Алкоголизм мужчин и прямо, и косвенно пагубно влияет на репродуктивные процессы. Так, по данным В. К. Кузнецова (1970), среднее число абортов в семьях, где мужчина систематически употребляет алкоголь, в 2—2$^1/_2$ раза больше, чем в благополучных в этом отношении семьях. Алкоголизм родителей является одной из причин рождения детей с различными дефектами, увеличивает детскую смертность. Доказано, что в семьях лиц, злоупотребляющих алкоголем, зачатие нового потомства нередко происходит в состоянии опьянения, дети в таких семьях рождаются хилыми, болезненными, отстают в физическом и психическом развитии, плохо учатся, рано начинают употреблять алкогольные напитки, быстро психопатизируются, совершают антисоциальные поступки [Боднянская Н. Н. и др., 1974; Скворцова Е. С., 1980; Jones K. L. et al., 1973, 1974; Majewski, 1978, и др.]. По данным совре-

менных исследователей, у 20—25% детей, страдающих олигофренией, родители злоупотребляли алкоголем [Пащенков С. З., 1980].

Огромен материальный урон общества от пьянства. Он складывается из снижения производительности труда, увеличения брака, прогулов и т. д. Многими исследованиями показано, что производительность труда на промышленных предприятиях заметно падает в понедельники, после праздников и дней выдачи зарплаты. Выборочные исследования, проведенные Г. Г. Заиграевым (1966) на ряде предприятий, показывают, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, выработка продукции в дни после зарплаты и аванса меньше обычной на 26—30%. По данным D. Fortbild (1972) злоупотребление алкоголем снижает производительность труда в среднем на 9,6%.

M. Ledermann (1957), обследовавшая 5 тыс. профессиональных рабочих, установила, что не менее 15—20% невыходов на работу в год обусловлено злоупотреблением алкоголем. Среднее ежегодное число невыходов на работу в ПНР за период с 1961 по 1966 г. составляло 160 тыс. случаев, из них 15% обусловлено употреблением алкоголя [Swiecicki A., 1968]. Почти 2% рабочих употребляют алкогольные напитки на производстве.

По данным В. В. Шевердина (1973), 80% нарушений трудовой дисциплины связано с употреблением алкоголя, 8% рабочих распивают спиртные напитки непосредственно на рабочих местах. Обстановка безнаказанности, примиренческое отношение к пьяницам на предприятиях, по мнению В. В. Глазырина (1973), приводят к тому, что «значительное число случаев пьянства так или иначе связано сегодня с производством, причем многие из них происходят в рабочее время». По данным Б. Левина (1972), около 40% пьяниц употребляют спиртные напитки с 15 до 18 ч, т. е. во время работы предприятий и учреждений.

Очень трудно учесть экономические потери, которые несут предприятия из-за частой смены пьяницами места работы. Лица, страдающие алкоголизмом, в 3 раза чаще меняют место работы, чем неалкоголики [Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1973]. На почве пьянства совершается 90% всех прогулов, происходит каждый двадцатый случай производственного травма-

тизма, каждая пятая авария на транспорте [Глазырин В. В., 1973].

Наличие в коллективе значительной части лиц, злоупотребляющих алкоголем, снижает эффект управления производственным процессом, оказывает нежелательное психологическое давление на мастера, заставляя его идти на поводу сложившихся стереотипов отношения в «неблагополучном» коллективе в ущерб интересам производства и рабочих, а также во вред своему авторитету среди окружающих [Беспалов С., Соболева Л., 1977].

Материальные потери общества от пьянства весьма значительны. Государственного органа, регулярно учитывающего эти потери, нет. Мы можем привести лишь отдельные частные подсчеты. Так, по данным Ю. М. Ткачевского (1972), только за один год из-за 10 тыс. прогулов рабочих на почве пьянства Маклаковский леспромхоз в Енисейске недодал государству 17 тыс. м^3 пиломатериалов. На Рязанском станкостроительном заводе прогулы пьяниц обходятся государству в 123 тыс. р. в год. В г. Горьком в 1971 г. потери рабочего времени в промышленности составили сотни тысяч человеко-дней [1].

Интересные данные приводят Э. И. Гранина, А. А. Диковский (1971), которые изучали причины прогулов рабочих и подсчитывали экономические потери. Оказалось, что лица, страдающие хроническим алкоголизмом, берут в 2 раза больше дней административного отпуска, чем остальные рабочие. По данным табельного учета, большая часть невыходов на работу с разрешения администрации приходилась на дни после выдачи зарплаты либо совпадала с началом недели. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, прогулов в 6 раз больше, чем у остальных рабочих. Подсчитав процент выполнения норм выработки каждым рабочим и невыходы на работу с разрешения администрации, а также прогулы, авторы определили экономический ущерб только за 10 мес 1970 г. цифрой 20 973 р.

По нашим данным, экономический ущерб в результате прогулов, расходов на поликлиническую и стацио-

---

[1] Быков В. Л. Экономика и алкоголизм. (Дискуссия за круглым столом «ЭКО»).— Экономика и организация промышленного производства, 1974, № 4, с. 49.

нарную медицинскую помощь, выплат по листкам нетрудоспособности по группе злоупотребляющих алкоголем за 1969—1971 гг. в среднем составил на изучаемом предприятии 41 307 р. Это в 3 раза больше, чем в контрольной группе.

С. Г. Струмилин и М. Я. Сонин (1974) отмечают, что на предприятиях участились случаи оформления прогулов по причине пьянства в виде отпусков по разрешению администрации. Авторы приходят к выводу, что «некоторые административные работники предприятий, начиная с мастеров производственных участков, скорее заинтересованы в том, чтобы скрыть, а не вскрыть и сами факты алкоголизма, и, особенно, его последствия». Авторы считают, что полное «отрезвление трудовых процессов» могло бы обеспечить увеличение производительности труда примерно на 10%. По их расчетам, даже частичное «отрезвление трудовых процессов» за счет уменьшения крепости водки и реализации некоторых других предложений может на 2—2,5% повысить производительность труда.

Таким образом, если учесть все убытки, которые несет народное хозяйство от пьянства, а также огромные расходы по поддержанию общественного порядка, то вряд ли доходы от продажи спиртных напитков покроют материальный ущерб, наносимый пьянством. Б. Ц. Урланис считает, что «национальные потери явно превышают доходы от водочной торговли» [1].

Всесоюзное общество по борьбе с алкоголизмом в 1929 г. пыталось подсчитать убытки, которые терпит государство от пьянства и алкоголизма. Хотя примененная методика расчета была далека от совершенства, результаты оказались поразительными—542 млн. р. в год [Дейчман Э. И., 1929].

Потери от алкоголизма в промышленности США составляют от 6 до 8 млрд. долл. в год [Alonso S., 1971]. Только травматизм, связанный с употреблением алкоголя, приносит непосредственный ущерб предприятиям в 120 млн. долл. в год, а лечение пострадавших обходится американскому обществу в 1 млрд. долл. из-за прогулов, дорожных аварий и расходов на медицин-

---

[1] Быков В. Л. Экономика и алкоголизм. (Дискуссия за круглым столом «ЭКО»). — Экономика и организация промышленного производства, 1974, № 4, с. 50.

ское обслуживание. Ущерб от медицинских и социальных последствий потребления алкоголя в США оценивается в 43 млрд. долл. в год[1], из них почти 20 млрд. долл. затрат связано с потерей продукции из-за низкой производительности труда и стоимость лечебно-оздоровительных мероприятий достигает 13 млрд. долл. [Chafetz M., 1978]. «Алкогольные убытки» США в целом имеют следующую структуру: 33% — урон из-за временной и постоянной нетрудоспособности (алкогольные увечья), а также смерти (в основном — автодорожные происшествия); 19% — страховые суммы; 16% — потери собственности по вине больных алкоголизмом; 16% — «несостоявшаяся» продукция; 9% — убытки от лесных и иных пожаров, зажженных «пьяной рукой»; 7% — чисто медицинские издержки. Ущерб, нанесенный обществу «нетрезвыми» водителями, оценивается в 7—8 млрд. долл[2].

Журнал «Vital Speeches of the Day» 15 сентября 1969 г. опубликовал доклад вице-президента Американского общества по борьбе с алкоголизмом M. Block, который говорит, что «нормальный алкоголик» теряет 22 рабочих дня в году. Это означает потерю в год в целом по стране 352 млн. рабочих часов. Из-за невыхода на работу без уважительных причин, низкой производительности труда и несчастных случаев в результате пьянства промышленность теряет до половины прибылей. В огромную цифру, отмечает M. Block, вырастают расходы по уходу за больными алкоголизмом в местах предварительного заключения, вытрезвителях, госпиталях; расходы добровольных и общественных учреждений по оказанию помощи семьям больных алкоголизмом, не говоря уже о прямых расходах в связи с несчастными случаями на производстве, связанными со злоупотреблением алкоголем. Согласно сведениям медицинского директора страховой компании Филадельфии D. Raymond (1971), больные алкоголизмом отсутствуют на работе 36 млн. человеко-дней в году, это вдвое больше, чем простои в результате забастовок.

---

[1] Science News, 1979, № 11, p. 167.

[2] Быков В. Л. Экономика и алкоголизм. (Дискуссия за круглым столом «ЭКО»).— Экономика и организация промышленного производства, 1974, № 4, с. 48.

Исследования, проведенные в больницах общего типа во Франции показали, что в 1967 г. 39% от общего числа госпитализированных мужчин и 13% женщин были помещены в стационар в связи с алкоголизмом [Steudler F., 1974]. На содержание и лечение этих больных затрачено 41,8% бюджетных средств общих больниц, при этом главная часть выплат производилась органами социального страхования. Расходы в результате несчастных случаев на производстве, причина которых — употребление алкоголя, составляет во Франции от 500 тыс. до 1 млрд. фр. В Австралии эти расходы составляют 80 млн. долл. [Santamaria J., 1972].

Немалые потери несет производство вследствие хищений, совершаемых пьяницами. Однако «...никакими материальными и денежными единицами, — писал Н. А. Семашко (1928), — нельзя измерить те слезы и горе, которые пьянство вносит в семьи, те преступления, моральные и этические, которые алкоголь совершает в отношении детей, тот разврат и разлад, которые пьянка вносит в жизнь и быт». Около половины всех преступлений, в том числе 80% хулиганских выходок, совершаются в состоянии опьянения [1]. Особенно тесно связано злоупотребление алкоголем с такими преступлениями, как убийства, причинение телесных повреждений, изнасилования и др. Так, например, в 1971 г. в РСФСР алкоголь явился причиной или условием большей части преступлений: в состоянии алкогольного опьянения совершено 55,8% краж, 79,9% грабежей и 69,3% разбойных нападений с целью завладения государственным и общественным имуществом (Правда, 1972, 28 июля).

Глубокие и всесторонние исследования причин различных правонарушений, проведенные в последние годы советскими учеными-криминалистами и социологами, показывают, что правонарушения в основном (93—96%) совершаются в нетрезвом виде [Заиграев Г. Г., 1966, 1980; Герцензон А. А., 1968; Клюшниченко А. П., 1969; Френкель А. Я., 1970; Пионтковский А. А., 1971; Шевердин В. В., 1973; Бейсенов Б. С., 1981, и др.].

---

[1] Щелоков Н. А. Во имя человека.— Знамя, 1981, № 4, с. 180.

Почти половина всех преступлений, совершенных несовершеннолетними, связана также с употреблением спиртных напитков. Так, по данным специального исследования Б. С. Бейсенова (1981), по Казахстану 48% осужденных в 1977—1978 гг. несовершеннолетних совершили свои преступления в состоянии опьянения.

Среди правонарушений в состоянии опьянения значительный процент составляют правонарушения, совершенные лицами, страдающими хроническим алкоголизмом. Г. И. Бочков, Ю. Р. Скоробогатов (1971) обследовали 200 больных хроническим алкоголизмом. Среди них 79% имели конфликты на работе, 87,5% — в семье, 76,5% доставлялись в вытрезвитель и 41% совершали правонарушения в состоянии алкогольного опьянения.

В США почти половина из 5,5 млн. ежегодных арестов связана со злоупотреблением алкоголем. V. Vodinelik (1968), T. Dobrosow (1967) считают, что алкоголь стал причиной многих преступлений в СФРЮ. Авторы установили, что среди «хулиганов» $^2/_3$ являются больными алкоголизмом. В тюрьмах приблизительно у 50% заключенных алкоголь был причиной антисоциальных поступков [Saint E., 1962].

Как сообщает J. Moser (1974), за пьянство и нарушение общественного порядка в течение 1954—1969 гг. задержано полицией с последующим тюремным заключением 1% населения Швеции, в течение 1971 г.—0,5% населения Западной Австралии, в 1950—1969 гг.— 0,2% населения Англии и Уэльса. В Чили в 1969 г. такие правонарушения составили 30% всех причин арестов. Во многих странах (Швеция, Англия) увеличилось число арестов 14—20-летних за появление в нетрезвом виде и нарушение порядка. Увеличивается число привлеченных к ответственности повторно.

Опьянение приводит к несчастным случаям на дорогах Франции в 30% случаев, по другим странам алкоголь повинен в 3—10% автодорожных происшествий. В Австралии смертность вследствие автомобильных аварий в 5 раз выше, чем от всех инфекционных болезней, взятых вместе; потребление алкоголя — основная причина половины этих случаев смерти.

По данным Всесоюзного научно-исследовательского института безопасности дорожного движения, 75,2%

всех дорожно-транспортных происшествий (ДТП) по стране в 1978 г. произошло по вине водителей, из которых почти 1/3 находились за рулем в нетрезвом состоянии [Шинкаренко И. П., Борисов Е. В., Зеренин А. Г., Резаев О. В., 1980]. В результате ДТП по этой причине погибли 37,7% от общего числа пострадавших. Характерно, что наиболее тяжелые ДТП совершают водители с остаточными явлениями острой алкогольной интоксикации.

Распространенность алкоголизма и пьянства, влияние злоупотребления алкоголя на здоровье населения, большой экономический ущерб, наносимый народному хозяйству, возводят борьбу с алкоголизмом в ранг важной проблемы.

Глава VI

Социальные причины алкоголизма и пьянства

Анализ современных концепций алкоголизма

Значительная распространенность алкоголизма в большинстве стран мира заставляет настойчиво искать и пытаться обосновать причины злоупотребления алкоголем. Существует множество различных точек зрения и концепций, связанных с этиологией алкоголизма. А. Гротьян в начале XX века писал, что алкоголизм имеет биологическую и социальную стороны. Медицина подошла только к первой стороне проблемы алкоголизма, вскрыв влияние алкоголя на человеческий организм, однако она оказалась совершенно несостоятельной при выяснении причин алкоголизма, поскольку эти причины коренятся в условиях общественной жизни.

Некоторые авторы видят причину алкоголизма в самом алкоголе. «Первичная и простейшая причина тяги человека к алкоголю,— писали З. А. Гуревич и А. З. Залевский в 1930 г.,— лежит в его эйфорическом действии, т. е. именно в том, что алкоголь способен

создавать настроение удовольствия». Прием алкоголя делает человека более развязным, ему начинает казаться, что он может с легкостью преодолеть все трудности и житейские невзгоды. Это состояние, по мнению авторов, часто и служит наиболее сильным толчком к употреблению алкоголя. Точка зрения на алкоголь как на этиологический фактор алкоголизма существует или невольно подразумевается и в настоящее время, когда в качестве одной из мер борьбы с алкоголизмом предлагают запрещение или ограничение продажи алкогольных напитков, а также организуют всевозможные общества трезвости.

Однако большинство отечественных и зарубежных авторов считают, что алкогольные напитки не являются основным этиологическим фактором алкогольной болезни. Большая часть человечества употребляют алкогольные напитки, отдельные группы людей злоупотребляют ими, у некоторых развивается пристрастие к алкоголю. Эти взаимосвязанные аспекты проблемы алкоголизма определяются не только и не столько самим алкоголем, сколько человеком и условиями его жизни. Многие отечественные и зарубежные авторы выделяют социальные, генетические, психологические и физиологические факторы в этиологии алкоголизма.

Рассматривая различные концепции этиологии алкоголизма, можно условно выделить две основные группы причин, способствующих развитию алкоголизма: причины, кроющиеся в аномалиях личности и особенностях организма, индивида (наследственные, конституциональные, обменные, психологические и др.); причины, заложенные в жизни общества.

Наиболее обширна литература по первой группе причин. Она посвящена различным аномалиям личности: наследственным, обменным, конституциональным, психическим, психологическим и др. По мнению ряда авторов, они определяют развитие пристрастия к алкоголю. Среди сторонников этих теорий можно назвать R. Williams (1947, 1949), H. Baruk (1950), E. Jellinek (1960), G. Winokur и соавт. (1970) и др. Из отечественных ученых этой точки зрения придерживались Ф. Е. Рыбаков (1910), П. Г. Ганнушкин (1933), С. Г. Жислин (1935), И. И. Лукомский (1960, 1965, 1970) и др. В большинстве работ предпринимаются

попытки установить прямые причинно-следственные связи между преморбидными личностными особенностями и злоупотреблением алкоголем, описать «личность потенциальных алкоголиков».

E. Jellinek (1960) полагает, что к злоупотреблению алкоголем предрасположены «недостаточно организованные» личности, не способные справляться с тревогой и напряжением социально приемлемыми путями. Он считает, что чем ниже организация субъекта, тем больше у него потребность в искусственном облегчении своего состояния с помощью алкоголя. Однако для возникновения хронического алкоголизма, кроме злоупотребления алкоголем, по мнению E. Jellinek, необходима еще и физиологическая (в том числе наследственная) предрасположенность.

E. Hoff (1961) считал, что внушаемость, ранимость, тревожность, неприспособленность к практической жизни, инфантильность предрасполагают к алкоголизму. F. Laubental (1964) полагает, что благоприятную почву для алкоголизма составляют личности «со слабой волей», безудержные, с лабильным настроением, конституциональной депрессией, инфантильные, ищущие признания. По мнению M. Glatt (1967), для подавляющего большинства лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманиями, характерна эмоциональная инфантильность, желание уйти от действительности, неустойчивость к невзгодам, неспособность переносить их и бороться с напряжением.

Таким образом, роль психических особенностей личности в этиологии алкоголизма признают многие исследователи. По мнению Г. В. Морозова (1976), Н. Н. Иванец (1980) клинический подход к исследованию проблемы «личность и алкоголизм» представляется наиболее перспективным.

Современные психологи объясняют пристрастие к алкоголю мотивами и потребностями. По их мнению, первоначально алкоголь не выделяется среди других второстепенных мотивов побуждения — он не играет существенной роли в иерархии мотива и побуждает к деятельности только в определенных общепринятых ситуациях [Братусь Б. С., 1970, 1974]. Об этом говорят и первоначальное предметное содержание потребности в алкоголе, и способы ее удовлетворения (достаточный повод и определенные условия для употребле-

ния алкоголя). Возрастающая потребность в алкоголе все больше втягивает человека в деятельность по своему удовлетворению. Неизбежно выделяется ряд вспомогательных действий (добывание денег, нахождение предлогов для выпивки и т. п.), которые подчинены конечной цели — удовлетворению потребности в алкоголе. После того как алкоголь становится отношением, «идеей», его употребление начинает все больше выходить за рамки так называемых алкогольных ситуаций. Со временем все проблемы начинают разрешаться через алкоголь и с его помощью, алкоголь становится смыслообразующим мотивом поведения.

Советские ученые Г. К. Ушаков (1959), А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1971), Г. М. Энтин (1972), И. В. Стрельчук (1973), Г. В. Морозов (1980) и др., признавая определенную предрасположенность к алкоголизму, не считают ее ведущей. Решающая роль в развитии злоупотребления алкоголем принадлежит микросоциальным, внешним факторам. В результате комплексной оценки влияния личностных, семейно-бытовых и производственных факторов на патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом было установлено, что «на начальных этапах заболевания актуализации влечения к алкоголю больше всего способствуют семейно-бытовые и производственные факторы. По мере утяжеления заболевания при актуализации патологического влечения к алкоголю возрастает роль биологических факторов» [Морозов Г. В., 1980].

Некоторые зарубежные исследователи особое значение в этиологии алкоголизма придают эндокринной дисфункции [Bleuler M., 1955], особому генетически детерминированному типу обмена [Williams R., 1947] и другим проявлениям биологической «недостаточности». Такой подход объясняется рассмотрением общественного здоровья лишь под углом зрения биологических закономерностей.

Отдельные исследователи за рубежом нередко рассматривают алкоголизм как следствие невроза, этиология которого трактуется с психоаналитических позиций [Fromm F., 1941; Bacon S., 1959; Jellinek E., 1960; Cameron D., 1971, и др.].

Вторая группа причин определяется социологическими концепциями. Алкоголизм рассматривается как

следствие разнообразных социальных влияний: общественно-экономических условий, алкогольной политики государства, культурных и религиозных традиций и ритуалов, особенностей воспитания, труда, быта, профессий. В числе социальных факторов называют и обычаи ближайшего окружения (микросреда).

Хотя роль различных социальных, психологических и биологических факторов в этиологии алкоголизма все еще остается спорной, многие авторы не только в нашей стране, но и за рубежом признают значение социальных факторов в возникновении и распространении алкоголизма.

Социальную природу алкоголизма, как известно, подчеркивали в своих произведениях классики марксизма-ленинизма. Они обращали внимание на классовое неравенство трудящихся при капитализме и неблагоприятные условия жизни как причины пьянства. В своем знаменитом труде «Положение рабочего класса в Англии» Ф. Энгельс, описывая плохие бытовые условия и тяжелый труд английских рабочих, отмечает, что «...помимо этих скорее физических причин, толкающих рабочего к пьянству, оказывают свое действие и сотни других обстоятельств: пример большинства, недостаточное воспитание, невозможность оградить молодых людей от искушения, во многих случаях прямое влияние пьяниц-родителей, которые сами угощают детей вином, уверенность, что под влиянием спиртных паров забудешь хоть на несколько часов нужду и гнет жизни...» [1].

О социальной обусловленности алкоголизма писали многие русские исследователи (В. М. Бехтерев, А. М. Коровин, Н. И. Григорьев, В. Я. Канель, Г. И. Дембо, В. К. Дмитриев и др.). Они подчеркивали роль среды, экономических и социально-политических факторов в происхождении и распространении алкоголизма. Так, А. М. Коровин (1907) приходит к выводу о том, что в природе не существует особой алкогольной наследственности, «никто не родится алкоголиком или со специальным предрасположением к алкоголизму, а лишь впоследствии становится таковым в силу условий современной жизни».

---

[1] Маркс К., Энгельс Ф. Соч., 2-е изд., т. 2, с. 336—337.

В. М. Бехтерев (1913), уделявший большое внимание проблемам борьбы с алкоголизмом, говорил: «Хотя и имеются отдельные авторы, признающие алкоголизм за порок, коренящийся в природе человека, независимо от экономических условий.., но огромное большинство авторов рассматривают алкоголизм как социальное зло, коренящееся в значительной мере в социально-экономических условиях и потому требующее социальных мер борьбы».

Раньше исследователям удавалось установить непосредственную зависимость между распространенностью алкоголизма и отдельными социальными факторами (жилищные и материальные условия, питание, тяжелый физический труд). В настоящее время влияние этих факторов проявляется в более сложных формах, как результат взаимодействия многих моментов. Возрастает значение психологических побуждений, которые кумулируют различные социальные воздействия, в том числе роль жилищных условий, материальной обеспеченности.

Современные зарубежные социологи, не раскрывая конкретных причин, побуждающих человека в капиталистическом мире прибегать к алкоголю, вынуждены признать, что распространенность алкоголизма коррелирует с характером общественного строя, его социальными особенностями и «культурно-бытовыми схемами». Например, S. Sariola (1960) считает, что алкоголизму благоприятствует материальная обездоленность, случайная, непостоянная работа и общая напряженность социальных отношений. Однако основную причину алкоголизма автор видит в утрате общественного контроля над алкогольными эксцессами. Он считает также, что урбанизация культуры привела к тому, что вне дома люди стали пить больше, чем дома (в связи с концентрацией множества людей на промышленных предприятиях, сокращением домашнего производства спиртных напитков и др.).

H. Mulford, D. Miller (1964) пришли к выводу, что урбанизация является социальным фактором алкоголизма в связи с широкими социальными контактами, передачей дурных навыков, нарушением нравственного контроля в семье и др. Многие зарубежные авторы считают, что с повышением материального благосостояния пьянство не уменьшается, а растет [Glatt M.,

1955; McCord W. et al., 1959; Battegoy R., 1962; Mulford H., Miller D., 1964; Zax M. et al., 1964; Carney M., Lowes T., 1967, и др.].

На Западе получили развитие и другие концепции причин алкоголизма и пьянства. Существуют теории, рассматривающие алкоголизм как симптом различных форм невроза, когда лица с невротическим состоянием, принимая алкоголь, иллюзорно освобождаются от неуверенности, тревоги, неприспособленности. Так, например, приверженцы индустриальной социологии считают алкоголизм одной из форм «промышленных» неврозов и объясняют эту группу расстройств отсутствием смысла существования у сотен тысяч людей, прикованных большую часть времени «к социально-отчуждающей машинной системе» [Vincet M., Mayer J., 1959, и др.]. С. И. Эпштейн (1972) отмечает, что чрезмерная интенсификация труда, резкое возрастание нервно-психического переутомления, а также страх потерять работу обусловливают увеличение алкоголизма и других неврозов среди промышленных рабочих.

Одни авторы видят причины неврозов и алкоголизма в усталости рабочего и называют это «болезнью усталости» [Barjonet A., 1960] и «угрожающим износом нервов», другие видят причины «срыва» личности в конформизме «массовой культуры». Так, неофрейдисты считают, что все виды невротического (включая алкоголизм) поведения направлены как бы на бегство от одиночества, но бегство это фиктивное: конформизм дает лишь временное ощущение «сопринадлежности», а затем еще более обостряет чувство одиночества и отчужденности. Противоположностью конформизма является так называемое отклоняющееся поведение, несанкционированное поведение, в котором личность находит выход из противоречия между культурными целями и «конституциональными средствами» социальной системы [Merton R., 1961].

Западные социологи признают противоречие между традиционными индивидуалистическими ценностями, преподносимыми в оболочке буржуазной демократии, и реальным положением масс при капитализме. Система ориентации членов общества направлена на цели, недостижимые для подавляющего большинства, «человек из народа осознает невозможность реализации навязанных ему индивидуалистических целей,

осознает иллюзорность мифов индивидуализма с их концепцией равных возможностей», а воспитанный в традициях индивидуализма, предписывающего «выйти в люди», всеми способами разбогатеть, «рядовой человек» сталкивается с невозможностью реализовать эти цели на практике, ибо в обществе «все мечены от рождения», все «теплые места» уже заняты представителями более счастливых классов» [цит. по Ашину Г. К., 1972]. Это, по мнению R. Merton (1961), ведет к массовому цинизму и аморализму, душевным травмам, чувству собственной неполноценности, психическим расстройствам, алкоголизму, наркоманиям, а также к преступлениям. Как признает V. Pacard (1961), «для десятков миллионов людей бесполезны любые устремления, они лишены чувства уверенности в себе...».

Многие зарубежные исследователи расценивают употребление алкогольных напитков как один из способов снять напряжение при нарушениях адаптационных механизмов, как средство подавить чувство напряжения, страха, вины [Dollard, Miller, 1950; Ulman A., 1952; Higgins J., 1953; Jellinek E., 1960; Glatt M., 1967, и др.].

Наиболее четко и образно выразил эту мысль E. Jellinek (1960). Анализируя роль социальных факторов в развитии алкоголизма, он пишет, что общество подавляет желания личности (путем прямого запрета, воспитания и другими мерами), если эти желания асоциальны. Подавление желания вызывает напряжение, тревогу, чувство вины. Некоторые способы устранения напряжения легальны и допускаются обществом, поскольку не представляют социальной опасности. Например, танцы ослабляют сексуальное напряжение, спорт удовлетворяет стремление к агрессии, посещение театра позволяет временно жить в ином мире, коллекционирование удовлетворяет потребность в обладании. Лучше всего снимает напряжение, отмечает E. Jellinek, ослабление правосудия, которым служит наше сознание. В частности, алкоголь как депрессант центральной нервной системы способствует расслаблению и снижает контроль.

Желание «растормозиться», испытать новые приятные ощущения, свойственные эмоциональным и интеллектуальным натурам, по мнению D. Cameron (1971),

составляет неотъемлемую часть нормальной человеческой психики. B. Stacey, Y. Davies (1973), изучавшие поведение пьяниц в детстве и юности, считают, что употребление спиртных напитков является «интегральной частью стиля жизни», и развитие у юношей подобных привычек может рассматриваться в качестве «преждевременного процесса социализации», сопутствующего переходу от детства к зрелости. M. Glatt (1979), изучавшая причины алкоголизма среди врачей (среди мужчин, лечившихся в госпиталях по поводу алкоголизма, насчитывалось 2—4% врачей), пишет, что длительные эмоциональные и физические нагрузки, разочарование в жизни, необходимость расслабиться после многих часов работы побуждают многих врачей прибегать к созданию более привычного комфорта, знакомого со времени студенческой жизни.

Хотя эти и другие подобные теории не лишены научного подхода, они весьма утонченно извращают суть этиологии алкоголизма, выдвигая на первый план «внутренний конфликт» человека. Социальный подход к проблеме алкоголизма как общественному пороку по существу подменяется новейшими вариантами фрейдизма, социальной экологии и др. Попытки некоторых западных ученых дать объективный анализ алкоголизма как социального явления не идут дальше реформаторских предложений. Зарубежные исследователи стремятся не столько раскрыть истинные причины алкоголизма, его социальную обусловленность, зависимость от общественных отношений и социально-экономической формации, сколько оправдать существование этого явления.

Буржуазные социологи и психиатры придают решающее значение в распространении алкоголизма не социально-экономическим факторам, а проблемам неопределенных взаимоотношений индивидуума со «стратами» (общественными слоями) и «группами» — семьей, соседями, школьными и производственными коллективами, профессиональными и религиозными объединениями. На Западе автором своеобразной и весьма влиятельной теории малых групп был американский социолог Дж. Морено (1958). Предложенные им методы «социальной микроскопии» широко применяют психологи и социологи. «Вряд ли есть что-нибудь более важное для человека, чем его положение в груп-

пе и отношение к нему других»,— писал Дж. Морено (1958). Не случайно авторы, ищущие причины алкоголизма, обратились к малым группам, в частности, к семье [Коровин А. М., 1907; Страшун И. Д., 1928; Кербиков О. В., 1965; Стрельчук И. В., 1966, 1973; Гринина О. В., 1970; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1971; Бойко В. В., 1979; Hill H., 1962; Battegay R., 1962; Solms H., 1964; Rimm J., Chambers D., 1969; Rimmer J., Winokur G., 1972, и др.].

Показательны взгляды зарубежных авторов, согласно которым наибольшую роль в формировании личности играют семья, ее уклад, опека и семейный контроль над развитием интересов. H. Hill (1962) видит социальное в основном в способе формирования личности, оговаривая при этом, что различным классам свойственны разные типы семьи. Конечный результат представляют определенные типы личности, склонные к алкоголизму.

Многие из названных авторов, изучая семьи больных алкоголизмом, установили отклонения в развитии пациентов в периоды детства и отрочества, в частности, распадавшиеся семьи, алкоголизм отца или матери, антисоциальное поведение родителей, сверхопека, тепличное воспитание, страх перед родителями, злобное и враждебное отношение к ним, замкнутость и чувство одиночества.

Поведение человека в любом обществе формируется из подражания, заражения, внушения, усиления, сопричастности и других моментов. Эти категории социальной психологии, как отмечают многие авторы, играют определенную роль в формировании вкусов и наклонностей. На значение подражания в этиологии алкоголизма указывают И. И. Лукомский (1960), И. С. Стрельчук (1966), А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1973), Э. А. Бабаян, М. Д. Пятов (1981) и др. Главными причинами подражания, отмечают Э. А. Бабаян и М. Д. Пятов, являются «недостаточно полные знания о вредном действии алкоголя, низкий уровень культуры и интересов, отсутствие духовных побуждений, моральная распущенность, неумение организовать свой досуг, скука, праздное безделье, отсутствие творческого интереса к труду».

А. А. Портнов и И. Н. Пятницкая (1973) пользуются понятием «обычаи ближайшего окружения». Они спра-

ведливо подчеркивают, что наибольшее влияние на заболеваемость алкоголизмом при прочих равных условиях оказывает микросоциальная среда («алкогольный климат»), не только определяющая отношение к алкоголю, но и формирующая личность. Следовательно, микросоциальная среда способствует проявлению таких свойств личности, как инерционность сознания, стереотипность духовной деятельности, эмоциональные и рациональные факторы закрепления идей, образов, понятий, ассоциаций, впечатлений и представлений в сознании.

Во всех этих социально-психологических явлениях, как отмечают исследователи этого вопроса [Парыгин Б. Д., 1965; Агальцев А. М., 1967; Самсонов Р. М., и др.], присутствует элемент бессознательного или, согласно современным воззрениям, диалектическая взаимосвязь сознательного и бессознательного. Все элементы сознательной психической деятельности оказывают определенное воздействие на развитие, распространение и закрепление такого социального явления, как злоупотребление алкоголем. Следует отметить, что во всех социальных группах действуют те или иные из перечисленных факторов, но у злоупотребляющих алкоголем они определяют установку на злоупотребление.

На роль экономических факторов указывает значительная частота алкоголизма во Франции, где производится много вина и где в связи с экономической заинтересованностью поддерживается популярное мнение, что пить вино полезно для здоровья. Алкоголизм более распространен среди лиц, имеющих легкий доступ к алкоголю.

Многие авторы в генезе алкоголизма придают большое значение традициям, национальному и религиозному влиянию. В литературе довольно часто подчеркивают, что употребление спиртных напитков распространено среди различных слоев населения, подражающих друг другу, что основная масса населения как бы вынуждена следовать обычаю. Говоря об этнических различиях в употреблении алкоголя, зарубежные исследователи выдвигают на первый план «культуральный фактор». Так, R. Balles (1945) определяет три момента, по его мнению, играющих важную роль в распространении алкоголизма: поддержка отдельного

члена общества со стороны ближайшего окружения в достижении его жизненных целей; отношение общества к алкоголизму; возможности данного общества полноценно заменить удовлетворение, получаемое от алкоголя. В подтверждение своей точки зрения автор ссылается на различное распространение алкоголизма среди разных этнических групп (ирландцы, евреи, китайцы и т. д.).

В многочисленных научных исследованиях социально-психологических аспектов проблемы алкоголизма зарубежные авторы выделяют круг социально-психологических вопросов на уровне так называемого институциального взаимодействия людей (личность — общество). К ним относятся прежде всего социально-психологические аспекты культуры «пития», которая представляет собой совокупность сложившихся традиций, норм группового и индивидуального поведения, связанного с приемом алкоголя в различных житейских ситуациях. Исследователи описывают национальные, этнические, региональные особенности, касающиеся форм и степени социального контроля за ритуалами, праздниками и другими событиями, сопровождающимися принятием спиртного. По мнению ряда авторов, в современном обществе следует больше внимания уделять формированию культуры «пития», определив ее эталоны и формы допустимого употребления алкоголя.

Называются социально-психологические причины пьянства и алкоголизма. Одной из таких причин является отсутствие в культуре «пития» единой установки относительно употребления алкоголя. Определенная группа причин, как мы отмечали выше, связывается с условиями современной жизни, процессами урбанизации, информационными перегрузками. Стрессовые воздействия, по признанию ученых, оказывают не только миграция населения, но и «социальная мобильность», повышение ритмов жизни, ведущие к повышению психического напряжения, которое люди все в большей мере пытаются снизить с помощью алкоголя и наркотиков. Во многих странах нет четко сформированных представлений о роли и месте противоалкогольного воспитания в процессе социализации членов общества, нет разделения функций и обязанностей между различными социальными институтами, заня-

тыми подготовкой человека к общественной жизни и поведением в быту.

С точки зрения социально-психологических функций алкоголь рассматривается как неадекватный посредник между личностью и обществом. Якобы помогая преодолевать существующие проблемы, он чаще усугубляет их. Как отмечает S. Bacon (1973), в современном буржуазном обществе алкоголь, с одной стороны, нередко выступает в роли универсального компенсатора, как средство снятия напряжения, обусловленного явлениями социального порядка (тяжелый физический труд, нестабильность общества, безработица); с другой стороны, социально-психологическая функция алкоголя в капиталистическом обществе состоит в том, что он становится средством ухода от реальной действительности в форме «эскапизма» (индивидуального психологического бегства личности от гнетущей социальной реальности).

Наконец, многие исследователи говорят о необходимости социального контроля за борьбой с пьянством и алкоголизмом на различном уровне. Речь идет об оценке эффективности противоалкогольных мероприятий, форм и средств воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также о совершенствовании критериев этой оценки.

Таким образом, представленные концепции природы алкоголизма позволяют выделить три основные точки зрения: одни склонны искать причины алкоголизма в индивидуальных особенностях, в частности, в личности алкоголика, другие приписывают большую роль среде, различным внешним обстоятельствам, и, наконец, третьи считают, что в генезе алкоголизма имеют значение как те, так и другие факторы. Если тщательно рассматривать анамнез любого злоупотребляющего алкоголем, то всегда можно найти как внешние причины, способствующие злоупотреблению алкоголем, так и причины, кроющиеся в самой личности. Следовательно, общество, человек и алкоголь определяют три группы причин, способствующих злоупотреблению алкоголем и развитию алкоголизма. Распространенность употребления алкогольных напитков и злоупотребления ими коррелирует с конкретными историческими условиями жизни общества и опосредованно выступает в форме отношения общества к алко-

гольным традициям и опьянению. В развитии пристрастия к алкоголю (алкоголизм) важную роль играют личностные особенности (незрелость личности, внушаемость, эмоциональная лабильность, дезадаптация) и, возможно, индивидуальные особенности организма, предрасполагающие к привыканию. Следовательно, при изучении причин алкоголизма необходимо рассматривать весь комплекс условий и факторов, формирующих личность.

Роль социально-гигиенических факторов в развитии алкоголизма

До недавнего времени в литературе без достаточных оснований, утверждалось, что в условиях социалистического общества, где ликвидированы классовые противоречия, социально-экономические условия перестают служить причинным фактором пьянства и алкоголизма. В основе этого утверждения лежало механическое отождествление понятий «социальное» и «классовое». Отрицание влияния некоторых моментов на здоровье трудящихся снимает с повестки дня устранение так называемых патогенных воздействий и дезориентирует советскую медицину и здравоохранение [Царегородцев Г. И., 1962, 1968]. Понятие «социальное», как отмечает В. П. Рожин (1962), употребляется в двух значениях: в широком смысле слова социальным принято считать всякое явление общественной жизни, к какой бы области оно ни относилось; в марксистской социологии — те общественные явления, которые относятся к области классовых, национальных, семейных и других отношений.

В условиях нашей действительности, когда ликвидированы классовые причины алкоголизма, остаются некоторые, а именно социально-психологические, факторы, обусловливающие злоупотребление алкоголем среди определенной части населения. Эти факторы, как правило, субъективны. При социализме преступление, так же как и злоупотребление алкоголем, это не форма социального протеста против существующих условий жизни, а результат прежде всего нравственной деформации, интеллектуальной отсталости, низкой культуры отдельных личностей [Щелоков Н. А., 1972; Кудрявцев В. Н., 1977, 1980].

Известный советский юрист член-корреспондент АН СССР В. Н. Кудрявцев в журнале «Государство и право» (1980) подчеркивает, что пьянство как форма антиобщественного поведения объясняется рядом социальных, психологических и медико-биологических факторов, которые в совокупности образуют «сложный механизм взаимодействующих факторов».

На основное значение социально-гигиенических факторов в возникновении и распространении алкоголизма указывают социологические и социально-гигиенические исследования последних лет [Заиграев Г. Г., 1966, 1980; Левертов С. А., 1970; Петраков Б. Д., 1972; Левин Б. М., 1972; Нагаев В. В., 1972; Канеп В. В., 1973; Запорожченко В. Г., Копыт Н. Я., 1975; Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1973, 1978; Сидоров П. И., 1979; Прядухин Ю. И., 1980, и др.].

В социалистическом обществе, по мнению многих авторов, к злоупотреблению алкогольными напитками обычно ведут дефекты воспитания, нездоровые традиции, снисходительно-благодушное отношение к пьянству значительной части населения, недостатки санитарно-просветительной и противоалкогольной работы среди населения, недостаточное воспитание в молодом поколении чувства долга перед семьей и обществом, неумение организовать свой досуг, семейные неурядицы. Пьянство появляется там, где низкая культура, плохо организованы труд и отдых, есть пробелы в воспитательной и идеологической работе. Так, В. В. Канеп (1973) считает, что алкоголизм произрастает на почве социально детерминированного бытового пьянства, причины которого «состоят в недостаточном... воспитании, в моральной неустойчивости некоторых людей, в подражании дурным вкусам, привычкам, обычаям».

Советские социологи В. В. Смирнов (1966), Г. Г. Заиграев (1966, 1968) видят причины алкоголизма в низком образовании, неумении заполнить свой досуг. Авторы сомневаются в роли семьи как первичного побудителя к алкоголизму, поскольку, по их данным, в 77,4% случаев родители не злоупотребляли алкоголем, а в 80,6% случаев пьянство начиналось под влиянием товарищей по двору, по работе и учебе. Другие ученые не отметили связи между недостаточным образованием и злоупотреблением алкоголем, но установили на-

рушение семейных и социальных отношений [Харчев А. Г., 1964].

Среди обследованных С. А. Левертовым (1970) больных алкоголизмом 33,8% мужчин и 39,2% женщин имели начальное образование. Автор установил, что у 52,2% обследованных заболевание алкоголизмом связано с подражанием авторитетным для них лицам, злоупотребляющим спиртными напитками; у 20% — с семейными неурядицами. Как отмечает В. В. Нагаев (1972), нарушения семейных отношений в основном являются не причиной, а следствием злоупотребления алкогольными напитками. По его данным, 16,6% обследованных больных алкоголизмом имели начальное образование, 58% — незаконченное среднее. Среди больных алкоголизмом сравнительно велик удельный вес (17,2%) разведенных и вдовых.

Б. М. Левин считает бесспорной причиной злоупотребления спиртным недостаточный уровень культуры у некоторых людей, бедность и ограниченность их духовных запросов, неумение рационально использовать свободное время. По данным автора, почти 30% опрошенных пьянствуют «просто так, от нечего делать». На неумение разумно использовать свободное время как одну из причин пьянства указывают С. Г. Струмилин и М. Я. Сонин (1974).

Проведенный в 1973 г. редакцией журнала «Экономика и организация промышленного производства» («ЭКО») экспертный опрос группы экономистов, социологов, медиков, юристов по проблеме алкоголизма с последующей дискуссией за круглым столом, в которой специалисты приняли непосредственное участие, позволил выявить ряд причин, лежащих в основе алкоголизма и пьянства. Среди них традиции, связанные с употреблением алкоголя, отставание у определенной части граждан уровня образования и культурных потребностей от уровня благосостояния; диспропорция между свободным временем у мужчин и женщин, терпимость к пьянству общественности и хозяйственных руководителей, из которых многие сами изрядно пьют; ошибочное представление об истинных свойствах алкоголя; отсутствие алкогольного воспитания в школе; доступность водки и других спиртных напитков. Среди причин пьянства и алкоголизма участники дискуссии назвали психологическое

и материальное нивелирование в труде, однообразие быта; высокооплачиваемость неквалифицированного труда в промышленности, не стимулирующая стремление к профессиональному росту и образованию вообще[1].

Многие исследователи рассматривают пьянство как глубоко укоренившееся в повседневном быту явление, возникновение и существование которого во многом обусловлены свойством алкоголя кратковременно, часто иллюзорно удовлетворять многие человеческие желания и потребности. У подавляющего большинства взрослого населения уже выработана установка на периодическое употребление алкоголя. «В обыденном сознании,— пишет Г. Г. Заиграев,— прочно укоренилось отношение к алкоголю как к предмету, имеющему определенную социальную ценность, как к неотъемлемому атрибуту многочисленных событий в личной и общественной жизни, отношение, при котором распитие спиртных напитков рассматривается как проявление радушия, гостеприимства и уважения»[2]. Это подтверждается результатами специальных социологических исследований. Так, например, только 13,2% населения г. Кирова (в основном женщины и лица пожилого возраста) предпочли бы не употреблять спиртные напитки, отмечая те или иные значительные в их жизни события.

Отвечая научному обозревателю «Литературной газеты» В. Михайлову, акад. АМН СССР Б. В. Петровский (1980) подчеркивает, что несмотря на огромную работу социалистического государства и всего нашего общества, очень медленно и трудно меняются социально-культурные традиции. В частности, на употребление спиртного оказывает влияние не только отношение к пьянству общества в целом, но и отношение к этой проблеме социальной микросреды, близкого окружения человека — его семьи, друзей, знакомых, товарищей по работе. Признавая роль психоло-

[1] Быков В. Л. Экономика и алкоголизм. (Дискуссия за круглым столом «ЭКО»).— Экономика и организация промышленного производства, 1974, № 4, с. 60—61.

[2] Заиграев Г. Г. Некоторые организационные аспекты профилактики пьянства и алкоголизма.— Здравоохранение Российской Федерации, 1980, № 8, с. 8.

гического фактора в потреблении алкоголя, Б. В. Петровский говорит о необходимости развивать и совершенствовать культуру межличностных отношений в нашем обществе: отношений между начальником и подчиненным, между товарищами по труду, между работниками сферы обслуживания и населением, между родителями и детьми, между супругами.

Выступая на заседании «Круглого стола», организованного редакцией журнала «Советское государство и право», главный редактор этого журнала М. И. Пискотин подчеркнул, что пьянство и алкоголизм, как и любые сложные социальные явления, вызываются рядом причин и факторов. К ним он, в частности, относит «...недостаточный уровень развития интересов и потребностей людей, чувства достоинства; отсутствие иногда необходимых возможностей для приложения сил и способностей, проявления общественной активности, разумного проведения досуга; отставание сферы обслуживания от потребностей населения...» [1].

Углубленное изучение причин алкоголизма на группе мужчин, злоупотребляющих алкоголем, путем посемейного их обследования выявило низкий уровень культуры у подавляющего большинства (77,1%) обследованных (Запорожченко В. Г., Копыт Н. Я., 1975). Обращает на себя внимание нерациональное использование ими свободного времени — значительная часть его проходит в кругу собутыльников.

Нам не удалось установить прямого влияния на злоупотребление алкоголем таких социально-гигиенических факторов, как материальные и жилищные условия. Удовлетворены своими материальными условиями 83,9% лиц, злоупотребляющих алкоголем, материальными и жилищными условиями — 73,3%. Вместе с тем эти факторы непосредственно влияют на взаимоотношения в семье, а последние — на развитие злоупотребления (табл. 21).

С уменьшением годового дохода на одного члена семьи увеличивается удельный вес семей с выраженными конфликтными отношениями и резко уменьша-

[1] Социально-правовые проблемы борьбы с пьянством и алкоголизмом.— Советское государство и право, 1980, № 12, с. 118.

Таблица 21

Взаимоотношения в семьях лиц, злоупотребляющих алкоголем, в зависимости от годового дохода на одного члена семьи

(на 100 обследованных семей)

Отношения в семье	Годовой доход на одного члена семьи, р.			По всем обследованным
	более 1000	781—1000	до 780	
Доброжелательные	34,7	14,0	2,2	22,5
Формальные	45,0	32,8	31,1	39,0
Конфликтные	20,3	53,2	66,7	38,5

ется число семей с доброжелательными отношениями.

Аналогичная взаимосвязь выявляется и при анализе данных о злоупотребляющих алкоголем в зависимости от степени напряженности отношений в семье и от жилищных условий; удельный вес конфликтных семей среди злоупотребляющих при неудовлетворительных жилищных условиях более чем в 2 раза выше, чем при хороших жилищных условиях.

К семьям с доброжелательными семейными отношениями мы относили те, в которых имеются полное взаимопонимание между супругами и тесная связь между членами семьи. К семьям с формальными семейными отношениями мы отнесли те, где создается только видимость доброжелательности и эпизодически возникают конфликты на почве злоупотребления мужем алкоголя. Семьями с конфликтными отношениями мы считали те, где происходили постоянные конфликты между супругами не только по поводу злоупотребления алкоголем, но и по другим поводам. Подавляющее большинство (77,5% от общего числа обследованных) составили семьи с конфликтными и формальными взаимоотношениями, т. е. психологически неблагополучные.

Напряженные взаимоотношения между супругами часто выступают в виде повода к злоупотреблению алкоголем (муж, не находя психологического комфорта в семье, стремится найти его в кругу собутыльников).

Это приводит к дальнейшему ухудшению отношений в семье. Среди злоупотребляющих алкоголем 15% заявили, что причиной пьянства служат семейные неурядицы. Плохие, конфликтные, напряженные семейные отношения — это следствие, а не причина алкоголизма; однако сами больные зачастую придерживаются другой точки зрения.

На возникновение и развитие злоупотребления алкоголем также существенно влияют взаимоотношения между родителями и условия воспитания в детстве, возраст первого приобщения к алкоголю и начало самостоятельного систематического употребления алкогольных напитков, обычаи ближайшего окружения с установкой на злоупотребление. Почти 50% лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками, выросли в семьях, где отношения между родителями были конфликтными.

Отечественные ученые неоднократно подчеркивали, что начальный этап систематического употребления алкогольных напитков в первую очередь обусловлен комплексом факторов, характеризующих микросоциальную среду пробанда [Стрельчук И. В., 1966; Морозов Г. В., Качаев А. К., 1971; Иванец Н. Н., 1977; Качаев А. К., Ураков И. Г., 1979, и др.]. Большая роль в этой среде отводится алкогольным традициям и обычаям, в том числе существующим представлениям о нормах употребления алкоголя и отношению к различным формам злоупотребления спиртными напитками.

И. Г. Ураков и В. В. Куликов в монографии «Хронический алкоголизм» (1977) приводят достоверные статистические данные, свидетельствующие о том, что возраст начала и интенсивность систематического употребления алкоголя являются ведущими патогенетическими факторами, обусловливающими темп развития заболевания алкоголизмом. При этом авторы отмечают существенную коррелятивную зависимость между преморбидными особенностями личности и сроками формирования основных симптомов алкоголизма.

Большое значение в развитии злоупотребления алкоголем имеют и неполные семьи (отсутствие отца). По нашим данным, 27,1% лиц из группы злоупотребляющих алкоголизмом воспитывались одним роди-

телем (матерью), а 21,2% — без родителей (в детском доме, у родственников). Следовательно, воспитание без родителей, формальные взаимоотношения между родителями или воспитателями имеют такое же значение, как и воспитание родителями в конфликтных условиях. На указанные моменты как факторы «высокого риска» развития злоупотребления алкоголем в дальнейшей жизни ребенка указывают как отечественные, так и зарубежные авторы [Кербиков О. В., 1965; Bleuler M., 1955; Terr L., 1970; Winokur G. et al., 1970; Casselman J., Solms H., 1971; Chafetz M., Blane H., Hill M., 1972; McCord J., 1972; Santamaria J., 1972; Borner R. et al., 1973, и др.].

Немаловажную роль в развитии злоупотребления алкоголем играет частота употребления его в семье. Влияние этого фактора на начало самостоятельного и систематического употребления алкоголя в настоящее время не вызывает сомнений. По нашим данным, больше половины (51,2%) лиц, злоупотребляющих алкоголем, воспитывались в семьях, где алкогольные напитки употреблялись часто. Подавляющее большинство (96,2%) лиц, злоупотребляющих алкоголем, впервые приобщились к нему в возрасте до 15 лет, а 1/3 из них познали вкус алкоголя до 10 лет. Характерно, что детям в возрасте до 10 лет алкоголь впервые предложили близкие родственники.

Распределение лиц, злоупотребляющих алкоголем, по возрасту, в котором состоялось их первое приобщение к алкоголю
(в процентах к числу обследованных):

До 10 лет	31,8
11—15 »	64,4
16—19 »	3,8

Результатом раннего приобщения к алкоголю явилось систематическое самостоятельное употребление его обследованными в подростковом возрасте. Так, по нашим данным, к 19 годам самостоятельно и систематически употребляли алкоголь (не менее 2 раз в месяц) почти 90% обследованных. По данным Ю. Р. Теддера, П. И. Сидорова (1976), обследовавших 7372

учащихся 3—10-х классов средних школ, в 9—10 лет познали вкус спиртного 49,8% мальчиков и 31,9% девочек; в 14—15 лет — 60,2% мальчиков и 42,5% девочек и к 16—17 годам попробовали алкогольные напитки 84,1% юношей и 59,7% девушек. В этом возрасте вместе со взрослыми по праздникам употребляли алкогольные напитки 18,9% юношей и 17,3% девушек; в компании друзей — 34,1 и 20,5% соответственно.

Нами установлено, что от начала злоупотребления алкоголем до появления первых признаков алкоголизма проходит в среднем 11 лет, что соответствует данным литературы [Стрельчук И. В., 1966, 1973; Портнов А. А., Пятницкая И. Н., 1971; Энтин Г. М., 1972; Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1973; Bleuler M., 1955; Stasey B., Davies G., 1970; Schuckit M., Winokur G., Rimmer J., 1971, и др.]. Если учесть, что средний возраст обследованных составляет 37 лет, то можно рассчитать, что начало злоупотребления алкоголем приходится в среднем на возраст 26 лет.

Следовательно, период от 19 лет (время сформировавшегося систематического и сознательного употребления алкоголя) до 26 лет (начало злоупотребления) играет важную роль в генезе злоупотребления. В эти годы происходит наиболее интенсивное приобщение к алкоголю, часто завершающееся его злоупотреблением. Подавляющее большинство обследованных в возрасте 19—22 лет находились на службе в рядах Советской Армии, поэтому интенсивная алкоголизация приходится в основном на возраст от 23 до 26 лет. Этот период соответствует началу трудовой деятельности после службы в армии, когда личность уже практически сформировалась.

Таким образом, полученные нами результаты позволяют условно выделить четыре основные группы факторов, представляющих, по нашему мнению, единую цепь генеза злоупотребления алкоголем (рис. 7): I — факторы, способствующие развитию употребления алкогольных напитков; II — факторы, поддерживающие употребление алкогольных напитков; III — факторы, способствующие развитию злоупотребления алкоголем; IV — факторы, поддерживающие злоупотребление алкогольными напитками.

Влияние этих факторов в отдельные возрастные периоды различно. Факторы I группы — неблагоприят-

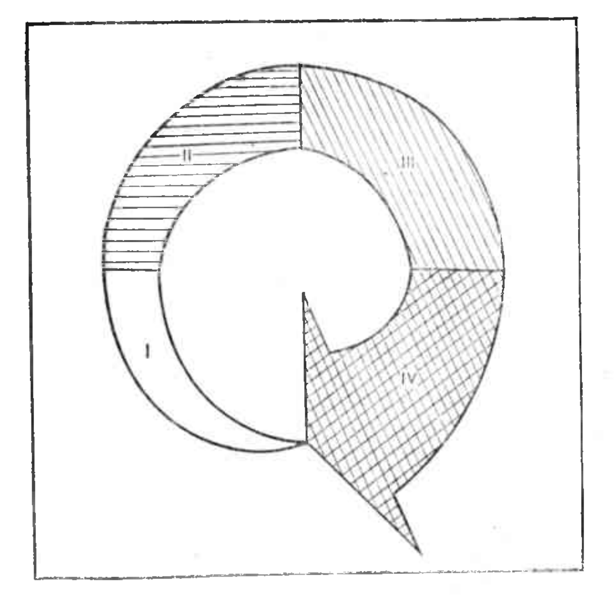


Рис. 7. Факторы, определяющие генез злоупотребления алкоголем.

I — факторы, способствующие потреблению алкоголя (до 15 лет): неблагоприятные взаимоотношения между родителями; — алкогольные традиции в семье; — раннее приобщение к алкоголю.

II — факторы, поддерживающие потребление алкоголя (16—19 лет): — обычаи ближайшего окружения, ориентированные на употребление алкоголя; — общепринятые алкогольные традиции.

III — факторы, способствующие злоупотреблению алкоголем (20 — 25 лет): — возраст и связанное с ним «особое положение»; — установка на привычное употребление алкоголя; — частота и количество потребляемого алкоголя.

IV — факторы, поддерживающие злоупотребление алкоголем (после 25 лет): — конфликт в семье; — низкий культурный уровень; — нецеленаправленное использование свободного времени; — воздействие факторов профессионально-производственной группы.

ные взаимоотношения между родителями, алкогольные традиции в семье и как результат этого раннее приобщение к алкоголю — действуют на ребенка в возрасте до 15 лет, когда по существу закладывается основа злоупотребления алкоголем. В этот период жизни в группе обследованных лиц отмечались неблагоприятные взаимоотношения между родителями, отсутствие одного из родителей (отца), частое употребление алкогольных напитков родителями или лицами ближайшего окружения. Факторы I группы составляют первое звено в генезе злоупотребления алкоголем; его можно условно назвать «начальным».

Факторы II группы — обычаи ближайшего окружения, ориентированные на употребление алкоголя, общепринятые алкогольные традиции и др.— действуют в возрасте от 16 до 19 лет, когда уже формируется систематическое и сознательное употребление алкоголя. Этому в значительной степени способствует раннее приобщение детей (подростков) к алкоголю. Это звено в генезе злоупотребления можно условно назвать «определяющим».

Факторы III группы — экономическая самостоятельность и бесконтрольность молодых рабочих при ранее приобретенной установке на привычное употребление алкогольных напитков, а также частота случаев употребления и количество алкоголя — действуют в возрасте от 19 до 26 лет. Практически это начало самостоятельной жизни «бывалого» человека, который, как ему кажется, начинает понимать «толк» в жизни. Это звено в генезе злоупотребления мы называем «пусковым». По нашим данным, большинство обследованных в возрасте 20—26 лет попадали в микросреду с широко распространенными «питейными» обычаями. Пребывание в этой среде и следование обычаям привели в конечном счете к злоупотреблению алкоголем. Это подтверждается и субъективным мнением лиц, злоупотребляющих алкоголем, и их жен: 89% лиц, злоупотребляющих алкоголем, и 96% их жен отметили, что в злоупотреблении прежде всего виноваты «друзья».

Факторы IV группы — конфликты в семье, низкий культурный уровень, потребительские интересы, сравнительно высокая зарплата и др.— составляют завершающее звено в генезе злоупотребления. Факторы IV группы поддерживают злоупотребление алкоголем и обусловливают высокий уровень пьянства, который в свою очередь укрепляет обычаи ближайшего окружения, поддерживает установку на злоупотребление. Особенно ярко это выступает среди тех профессионально-производственных групп рабочих, труд которых относительно прост (физическая работа, не требующая квалификации) и высоко оплачивается.

Так создается порочный круг, в котором факторы IV группы (пьянство) вызывают появление факторов I—II групп: конфликтные взаимоотношения в семье и частые выпивки приводят к раннему приобщению де-

тей и подростков к алкоголю. Круг в генезе злоупотребления замыкается и становится порочным, в нем трудно бывает порой отличить причину данного явления от следствия.

К числу факторов, поддерживающих злоупотребление алкоголем, следует отнести также нехватку рабочей силы и сравнительно большую текучесть кадров рабочих основных профессий, что вынуждает администрацию заводов в ряде случаев принимать на работу лиц, уволенных за пьянство с других предприятий. Это также поддерживает постоянную «концентрацию» злоупотребляющих алкоголем на предприятиях.

Приведенная схема генеза злоупотребления алкоголем дает представление о последовательном действии различных социальных факторов, способствующих злоупотреблению алкоголем на примере рабочих одного из крупных заводов. Схема не претендует на универсальность, но отражает наиболее существенные моменты, прежде всего влияние микросреды с «питейными» обычаями, низкий культурный уровень лиц, подверженных злоупотреблению алкоголем, роль психологических факторов.

Успешная борьба с алкоголизмом возможна только при комплексном медико-социальном воздействии на все звенья генеза, особенно на «начальное», когда закладывается основа злоупотребления алкоголем. Противоалкогольное воспитание подрастающего поколения и активная пропаганда здорового образа жизни должны касаться прежде всего семьи. Это выявление пьянствующих семей, в которых есть дети, санитарное просвещение родителей и разъяснение недопустимости «угощения» детей спиртными напитками. Активная противоалкогольная установка должна стать неотъемлемой частью педагогического процесса в средней школе с первого до последнего года обучения.

Противоалкогольную работу в основном следует направлять на разрушение алкогольных традиций микросоциальной среды и воспитание у детей трезвеннических установок. Необходим более строгий контроль за времяпрепровождением молодых людей допризывного возраста, за кругом их привычного общения. Следует активно выявлять группы юношей, привычно употребляющих спиртные напитки. Необходимо развивать наставничество над молодыми рабочими, больше вни-

мания уделять организации их досуга. Успех этой работы зависит от объединенных усилий педагогических, медицинских учреждений и общественных организаций.

Глава VII

Из истории борьбы с алкоголизмом

Борьба с алкоголизмом в зарубежных странах

Как только был осознан вред алкоголизма для здоровья, его отрицательное влияние на общественную и производственную жизнь, началась борьба с ним. За много столетий до нашей эры в законодательстве Китая, Египта, Древней Греции предусматривались наказания за пьянство. Пьяниц подвергали таким мерам наказания, как публичное осмеяние, бичевание, пытки и даже смертная казнь. Пьянство запрещалось буддийской и конфуцианской религиями. Согласно канонам иудаизма алкоголь мог употребляться лишь в небольших количествах в определенные религиозные праздники. Пьянство всегда осуждалось и христианством, особенно жестко в период его зарождения. Сурово преследовалась невоздержанность в отношении алкогольных напитков в Древнем Риме. Весьма суровыми были меры борьбы с пьянством и в более позднее время.

Постепенное познание сущности алкоголизма и его причин показало, что наиболее распространенные до XIX столетия запретительные мероприятия как форма борьбы с алкоголизмом и пьянством не могли принести большого успеха.

Относительно широкая борьба с алкоголизмом развернулась в начале XIX столетия. Классической формой этой борьбы явились общества трезвости, которые впервые были основаны в 1808 г. в Англии и Северной Америке. Эти общества с самого начала попали под влияние духовенства, и пропаганда воздержания носила отчетливо религиозный характер. Духовенство лицемерно призывало к трезвости, бичуя «грешность» и «порочность» пьянства. Деятельность обществ про-

являлась главным образом в форме митингов и шествий, иногда весьма бурных. Так, в США во время женского крестового похода против пьянства женщины не только призывали к воздержанию, но и разрушали питейные заведения. Успех этих первых обществ был весьма незначителен, но они оказали известное влияние на уменьшение числа винокуренных заводов и сокращение торговли водкой.

В 30-х годах XIX столетия противоалкогольное движение началось по всей Европе. Общества трезвости появляются в Германии, Ирландии, а позднее и в других странах Европы. В 1852 г. был основан полурелигиозный интернациональный «Орден добрых храмовников», который требовал от своих членов полного воздержания от употребления спиртных напитков. Того же требует «Орден Синей Ленты» (Англия, Скандинавия), а также «Синий Крест», основанный в 1877 г. в Швейцарии. К началу XX века насчитывалось 16 международных объединений по борьбе с алкоголизмом. Трезвенники имели много мелких союзов, организованных среди пасторов, учителей, врачей, учеников высших школ и женщин.

Хотя движение за трезвость было сравнительно широким, в большинстве стран оно не имело успеха. Потребление водки в это время увеличивается почти во всех странах. Призывы к полному воздержанию от употребления всех спиртных напитков не получают достаточного отклика.

Неудачи противоалкогольного движения были в значительной мере предопределены узким сектантством противоалкогольных обществ. Это движение ограничивалось только агитацией за трезвость. Физиологическое действие алкоголя еще не было изучено, социальные причины злоупотребления им не были вскрыты, в ряде случаев трезвенники своими преувеличенными требованиями отталкивали от себя людей. Привычка к употреблению алкоголя, влияние литературы и прессы, поддерживаемые алкогольным капиталом, притупляли обеспокоенность пьянством у среднего человека.

Тем не менее противоалкогольное движение в XIX веке сыграло в целом положительную роль, так как по мере своего развития оно расширяло представления об алкогольной проблеме, трактуя ее не только как личное несчастье, но и как социальную болезнь. В ряде

стран (Германия, Англия, Финляндия и др.) на фоне возросшего и окрепшего рабочего движения социалистические партии и профессиональные союзы начали не только поддерживать противоалкогольное движение, но и руководить им. Вопросы борьбы с алкоголизмом, так же как и борьбы с туберкулезом и венерическими болезнями, начинают связывать с общими вопросами борьбы с капитализмом. Классовая борьба пролетариата заставляет буржуазные правительства обратить внимание на проблему алкоголизма. Законодательство по борьбе с алкоголизмом в разных странах складывалось в зависимости от социальных и экономических условий, участия рабочего класса и его партий в противоалкогольном движении, от мощи сопротивления алкогольного капитала. Эти законы отражали в основном следующие мероприятия:

— запрещение напитков, считающихся наиболее опасными;

— полный запрет производства и продажи алкогольных напитков;

— ограничение числа кабаков и трактиров;

— ограничение или ликвидация привилегий для производителей алкогольных напитков, обложение их налогами;

— наказание пьяных;

— «трезвое» воспитание и противоалкогольная пропаганда;

— социально-экономические реформы по улучшению положения трудящихся.

Рассмотрим лишь некоторые мероприятия, представляющие интерес с точки зрения современной борьбы с алкоголизмом.

В середине прошлого века в Скандинавских странах пытались уменьшить финансовую заинтересованность предпринимателей в изготовлении и продаже спиртных напитков. В Швеции в 1865 г. была разработана и введена так называемая готтенбургская система, при которой продажа спиртных напитков разрешалась лишь специальным обществам (благотворительным организациям). Вся выручка сдавалась государству и шла на благотворительные цели. Эта система, в разных вариантах, получила распространение в Норвегии, Финляндии и Швеции. Алкогольные напитки в Норвегии, например, разрешалось продавать только с закус-

ками. В Швеции в 1914 г. была введена так называемая система Братта, при которой водку можно было приобрести только по карточке, выдававшейся главе семьи. Но и эта система не дала устойчивых результатов. Временное уменьшение потребления спиртных напитков, а затем значительное его увеличение наблюдалось во всех капиталистических странах, где пытались бороться с алкоголизмом подобным образом. Заслуживает внимания закон о полном запрете производства и продажи алкогольных напитков. Впервые такой закон был принят в Исландии (1912). «Сухой закон» действовал 11 лет, но затем под давлением Испании, потребовавшей от этой страны импорта своих вин, был отменен (1923). В Норвегии запрет на водку и крепкие вина был введен в 1919 г. и опять был сорван нажимом и угрозами Испании и Португалии.

В условиях значительной контрабанды, роста числа задерживаемых в пьяном виде в Финляндии был принят «сухой закон» (1919). Первый финляндский конгресс по итогам запрета (1927) констатировал, что, несмотря на затруднения при введении закона, «государству и общинам удалось упорядочить свои финансы, провести политические и социальные реформы, укрепить экономику страны» [1].

Самым продолжительным (почти 13 лет) был запрет на алкоголь в США. «Сухой закон» вошел в силу в январе 1920 г. во всех 48 штатах. Этому предшествовала большая подготовительная работа. Огромное значение имело противоалкогольное движение, в котором значительную роль сыграли женщины (в США был организован «Всемирный женский союз содействия трезвости»).

Результаты запрета, как указывает H. Lable (1927), были превосходными, но непродолжительными. По истечении двух лет число больных алкоголизмом и несчастных случаев на почве алкоголизма достигло прежних цифр. Увеличилось число больных алкоголизмом молодых людей. Через год после издания закона о запрете были найдены способы его обойти. Начались тайное производство и тайная продажа алкоголя. Алкоголя, отмечает H. Lable, возможно, стало

---

[1] Гуревич З. А., Залевский А. З. Алкоголизм.—Харьков, 1930, с. 189.

меньше по количеству, но он стал хуже по качеству. Это были крепкие и токсичные напитки, приводящие к серьезным алкогольным заболеваниям. По поводу результатов запрета Vernon писал: «За семь лет, прошедших со времени введения полного запрета, на проведение его израсходовано 12 миллионов долларов... Результаты запрета не все положительны: усилилось пренебрежение законом, существует целая армия контрабандистов и самогонщиков. Правительство не может полностью провести запрет и тем самым теряет свой престиж» [цит. по Гуревичу З. А., Залевскому А. З., 1930].

Некоторые авторы [Hercod R., 1927; Emerson H., 1928; Leopold R., 1928, и др.] указывали на значительное уменьшение денежных трат рабочих на спиртные напитки и вследствие этого на улучшение питания и благосостояния рабочих, что повысило производительность труда и уменьшило прогулы. Однако многие считали, что запрет алкогольных напитков в США не дал желаемых результатов. E. Kull (1929) на основании анкетного опроса, в котором приняло участие 3500 человек, пришел к выводу о разочаровании населения в запрете. Против запрета выдвигались следующие возражения: прекратилась пропаганда трезвости; молодежь стала пить больше; увеличилось потребление крепких, самых вредных напитков; появилось неуважение к закону; законодательство благоприятствует богатым и др. В 1932 г. конгресс США принял решение об отмене запрета.

Таким образом, радикализм в противоалкогольной борьбе в конечном счете оказался неэффективным, так как не исчезли главные социальные причины, побуждающие к употреблению алкоголя в условиях капитализма. Кроме того, по мнению некоторых авторов, запрет на алкогольные напитки не может быть эффективным в отдельных странах, поскольку «алкоголизм есть проблема всемирная, мировой должна быть и защита от него» [Legrain L., 1925].

В сентябре 1926 г. правительства Швеции, Финляндии и Польши предложили Лиге Наций включить вопрос о борьбе с алкоголизмом в повестку дня. Это предложение было поддержано Данией, Бельгией и Чехословакией. Лигой Наций была принята в сущности ничего не значащая резолюция, которая, по мне-

нию директора Интернационального бюро по борьбе с алкоголизмом R. Hereod (1928), «...во многих отношениях принесла разочарование. Ограничились постановлением о том, чтобы гигиеническая организация занялась собиранием статистических материалов о последствиях алкоголизма...».

Прошло более 50 лет с тех пор, как организация здравоохранения Лиги Наций заявила, что алкоголизм следует включить в число вопросов, подлежащих рассмотрению в проекте глобальной программы здравоохранения. За этот период углубилось понимание сущности алкоголизма, появились различные программы по лечению больных алкоголизмом и профилактике алкоголизма, осуществлены многочисленные теоретические и клинические исследования и опубликована обширная литература по этому вопросу.

Актуальность борьбы с алкоголизмом за это время не только не уменьшилась, а, напротив, значительно возросла. О растущем злоупотреблении алкоголем свидетельствует зарубежная пресса: «Национальное бедствие» («Чикаго дейли Ньюс», США), «Самоубийство наций» («Орор», Франция), «Путь к катастрофе» («Экспресс», Швеция), «Змей алкоголя вползает в страны ислама» («Акшам», Турция) — таковы заглавия статей. Алкоголизм и пьянство остаются актуальными и в социалистических странах, являясь серьезным тормозом на пути строительства новой жизни. «В борьбе за трезвость нет компромиссов!» — заявляет «Работническо дело» (Болгария). Югославская «Борба» с тревогой спрашивает: «Идеал молодежи — пьяный супермен или член трудового содружества?». «Усилить влияние в воеводствах комитета по борьбе с пьянством» — призывает польская «Трибуна люду».

В борьбу с алкоголизмом за последние годы включилось множество специализированных учреждений ООН: Комиссия по наркотическим средствам, Институт по борьбе с преступностью, Международная организация труда, Международный и Европейский советы по борьбе с алкоголизмом и наркоманией, ЮНЕСКО и др. Только в послевоенные годы в различных городах мира состоялось восемь международных противоалкогольных конгрессов.

Алкоголизм как проблема общественного здравоохранения всегда был объектом рассмотрения ВОЗ,

которая ставит своей задачей оказать «серьезное влияние на развитие программ борьбы с алкоголизмом, поощряя их организацию и способствуя наиболее быстрому их осуществлению»[1]. Первая Всемирная ассамблея здравоохранения (1949) включила алкоголизм в круг вопросов, изучаемых Комитетом ВОЗ по психогигиене. Подкомитет по алкоголизму (1950) рекомендовал ВОЗ приложить все усилия, чтобы убедить службы общественного здравоохранения заняться этим вопросом. Темы, предложенные экспертами ВОЗ, включали следующие аспекты алкоголизма: определение, характер и актуальность алкоголизма; лечебные мероприятия и учреждения, обучение и подготовка профессиональных групп и просвещение населения по данному вопросу; распространение соответствующей научной информации и роль добровольных организаций. Вторая сессия Подкомитета по алкоголизму, состоявшаяся в 1952 г., сосредоточила свое внимание на практических и специфических аспектах проблемы алкоголизма, в частности на психических, клинических и социальных сторонах вопроса.

Несмотря на многочисленные научные исследования, многие мероприятия по борьбе с алкоголизмом остаются эмпирическими. Не случайно в докладе экспертов ВОЗ содержится следующая рекомендация: «ВОЗ должна обеспечить дальнейшее развитие координированных, многоотраслевых международных исследовательских программ и содействовать международному сотрудничеству и обмену информацией по обсуждаемым проблемам»[2]. В докладе отмечается недостаточная подготовка врачей, медицинских сестер и работников общественной помощи по вопросам алкоголизма, уделяется особое внимание проведению курсов профессиональной подготовки и их программам.

На недавней сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (1982) была проведена специальная научно-техническая дискуссия об алкоголизме как острейшей медико-социальной проблеме; участники дискус-

---

[1] Проблемы алкоголизма и планирование национального здравоохранения в программах ВОЗ.— Хроника ВОЗ, 1973, т. 27, № 8, с. 388.

[2] Там же, с. 392.

сии подчеркнули универсальный характер проблемы и призвали страны усилить борьбу с алкоголизмом.

Законодательные акты, регулирующие производство спиртных напитков и торговлю ими, неодинаковы в разных странах. В Финляндии, Норвегии и Швеции государство частично или полностью монополизировало производство и распределение алкоголя. Доход от продажи спиртных напитков в Финляндии поступает в фонды социального обеспечения и местных властей и идет на нужды пропаганды трезвости и оказание помощи лицам, страдающим алкоголизмом, и их семьям. Все производство спиртных напитков и торговля ими находятся под контролем Министерства социальных дел, а при большинстве муниципалитетов есть советы по проблемам, связанным с алкоголизмом на местах.

В Норвегии создан Государственный совет трезвости, работающий в контакте с соответствующими правительственными департаментами. Совет координирует деятельность муниципальных советов трезвости, в функции которых входит оказание помощи лицам, страдающим алкоголизмом, и противоалкогольная пропаганда. Продажа алкоголя в основном монополизирована, а прибыли расходуются на общее социальное развитие и поступают в фонд трезвости.

В Швеции спиртные напитки разрешается продавать только в пунктах, находящихся в ведении компании государственной торговли. Особое внимание в Скандинавских странах уделяется воспитанию молодежи, пропаганде идей трезвости в школе и среди водителей транспорта. В Норвегии каждый шестой житель является членом общества трезвости, в Швеции — каждый восемнадцатый [Christil N., 1967].

Во многих странах лицам, находящимся в состоянии опьянения, спиртные напитки не продают. В Швейцарии их не продают психически больным и лицам, состоящим на социальном обеспечении, в Швеции — занесенным в список злоупотребляющих и осужденным за алкогольные правонарушения в течение последних 12 мес (в этом списке в 1970 г. состояло более 13 тыс. человек).

Большое внимание пропаганде идей трезвости уделяется в Нидерландах: ежегодно проводится день трезвости, когда во всех учебных заведениях и обще-

ственных местах читают лекции, проводят собрания, показывают кинофильмы, посвященные борьбе с алкоголизмом и пьянством. Всю антиалкогольную работу в этой стране координирует консультативный центр при министерстве социальных дел.

Противоалкогольная пропаганда в большинстве стран не ставит задачей полное воздержание от алкоголя: предполагается, что это нереально. Так, Национальная академия медицины Франции призывает население лишь соблюдать норму: 0,75 л красного вина в день для здорового мужчины, 0,5 л для женщины и подростка при полной трезвости детей.

Государственная монополия на производство и торговлю спиртными напитками в большинстве стран преследует экономическую выгоду, а не контроль за потреблением. Продажа спиртных напитков приносит от 6 до 10% национального дохода [Moser J., 1974]. D. Faris (1974) сравнивает государственную монополию на продажу алкогольных напитков с военно-промышленным комплексом, который наживается на войне. Вот почему противоалкогольная политика контроля за уровнем потребления алкогольных напитков во многих странах встречает серьезные препятствия. Вместе с тем, как отмечает J. De Lint (1977), даже малые законодательные ограничения, касающиеся производства различных алкогольных напитков, расположения и типа рынков сбыта, часов торговли, организация культуры распивочных мест (создание соответствующей обстановки, культурные развлечения и др.) оказывают существенный эффект на уровень потребления алкоголя.

Существуют различные программы борьбы с алкоголизмом общественных и частных организаций. Во Франции, например, имеется Национальный комитет по борьбе с алкоголизмом, который в 1976 г. располагал 46 центрами «алиментарной гигиены» [Wieser M., 1978]. Комитет осуществляет надзор за производством спиртных напитков и в сотрудничестве с Министерством здравоохранения координирует политику различных министерств по этим вопросам. Лечение больных алкоголизмом с 1955 г. возложено на психиатрические диспансеры. Они проводят противоалкогольную работу среди населения. При диспансерах создан актив из прошедших лечение больных. Как отмечают R. Rapert,

P. Bendl, P. Hivert и соавт. (1974), за последние два десятилетия в Париже несколько уменьшилось число «опасных» больных алкоголизмом, но при этом возросло число лиц в состоянии «случайного» алкогольного опьянения.

В США, где алкоголизм стал острой социальной проблемой, правительство было вынуждено официально (декабрь 1971 г.) признать серьезность распространения алкоголизма в стране. Как сообщает американский журнал «US News and World Report» (1973, № 10), федеральные расходы на лечение больных алкоголизмом, на исследование причин и борьбу с пьянством возросли с 1970 по 1973 г. в 6 раз и достигли 86 млн. долл. в год. Общество «Анонимные алкоголики» (частная организация, основанная в США в 1936 г.), члены которого помогают друг другу избавиться от пристрастия к алкоголю и воздерживаться от его употребления, в 1958 г. имевшее 4735 групп, в 1973 г. насчитывало их более 10 тыс. В настоящее время это общество имеет около 150 тыс. членов по всей стране. В связи с тем что в последние годы значительно увеличилось число юношей и девушек, злоупотребляющих алкоголем (почти в 3 раза за период с 1969 по 1972 г.), общество «Анонимные алкоголики» вынуждено организовывать специальные молодежные группы по всей стране.

В США фактически каждый штат имеет ту или иную программу борьбы с алкоголизмом, в одних случаях независимую, в других — включенную в программу больничных служб или служб здравоохранения. Федеральные службы общественного здравоохранения оказывают местным программам финансовую и консультативную помощь. H. Holder, J. Hallan (1972) описывают систематизированный подход к планированию противоалкогольных программ в штате Северная Каролина (США). Территория штата была разбита на 10 районов по 100 тыс. жителей. В соответствии с общей программой в каждом районе была разработана своя программа борьбы с алкоголизмом, включающая административные функции и функции обслуживания. В частности, психиатрический центр штата создал компьютерную модель и составил план мероприятий, включающий широкую противоалкогольную пропаганду среди населения, своевременное оказание

помощи больным алкоголизмом; улучшение работы полиции и судебных органов по разбору правонарушений, совершенных в пьяном виде; воспитательную работу среди лишенных свободы за правонарушения в состоянии алкогольного опьянения; улучшение государственного лечения и госпитализации больных алкоголизмом; улучшение лечения больных алкоголизмом частнопрактикующими врачами. Реализация этой программы позволила уменьшить количество потребляемого алкоголя и число случаев отравления им, уменьшилось число семейных конфликтов. Процент больных, пьющих ежедневно, снизился за один год с 23,6 до 14,8. Наряду с этим процент запоев остался неизменным, практически не изменился уровень правонарушений, а число мелких рабочих конфликтов, связанных с алкоголизмом, уменьшилось незначительно.

По мнению L. Perlis (1973), программа помощи больным алкоголизмом должна включать пять основных требований: 1) признание того, что алкоголизм — это болезнь, а «алкоголик» — больной, нуждающийся в помощи; 2) уважение больного алкоголизмом, как и всякого другого больного; 3) направление больного в специальные учреждения и наблюдение за ходом лечения, чтобы его права и сам он не отличались от других; 4) исправление больного; 5) приспособление больного к тому, чтобы по-новому относиться к жизни, работе, семье, напряженным ситуациям, не прибегая к алкоголю (лозунг: «Бороться без бутылки»).

Наиболее трудным аспектом борьбы с алкоголизмом является вопрос о том, как убедить людей лечиться. Как отмечает журнал «US News and World Report» (1973, № 10), самым действенным оружием служит угроза потери работы. Многие фирмы, в частности «Дженерал моторс», «Американ Эйрлайнс», «Истмен кодак», а также федеральный аппарат принимают меры, чтобы выявить больных алкоголизмом и побудить их лечиться. Примером такой деятельности может служить программа «Дженерал моторс», которая проводится в жизнь на 10 заводах этой компании. Директора «Дженерал моторс» требуют от начальников смен и бригадиров, чтобы те сигнализировали о самых ранних признаках алкоголизма — ухудшении показателей работы. Как только поступает сиг-

нал, компания и представители профсоюза предъявляют рабочему ультиматум: либо перестать пить, либо потерять работу. Если рабочий отказывается от лечения, его увольняют, мотивируя это не алкоголизмом, а плохой работой. Если он соглашается на лечение (большинство дают такое согласие), то получает отпуск и даже пособие по болезни. Все это держится в секрете, и товарищи по работе ничего не знают о характере болезни.

Опыт компании «Истмен кодак» описан G. Hemmet (1972). Автор считает, что администрация промышленных предприятий имеет большие возможности в борьбе с алкоголизмом. Медицинские учреждения компании несут ответственность за выявление и лечение больных алкоголизмом, которое проводится в специализированных клиниках или амбулаториях, не связанных с местом работы. В случае необходимости больного госпитализируют на 5—10 дней. После выхода из больницы за ним устанавливают наблюдение. Процедура лечения включает три этапа: диагностика и лечение заболевания или дезинтоксикация и поддерживающая терапия при содействии заводского врача; перестройка сознания больного (он должен стремиться вылечиться); поощрение новых интересов пациента в трудовом, социальном и других аспектах. Лечение алкоголизма по данной программе, как считает G. Hemmet, бывает успешным в 65—70% случаев.

Директор Национального центра профилактики алкоголизма и борьбы с ним Chafetz во введении к «Ежегодному обзору по алкоголизму» за 1972—1973 гг. (т. 1) указывает, что за последние 3 года в области борьбы с алкоголизмом произошли некоторые изменения. Был принят закон по борьбе с алкоголизмом. Это позволило, по мнению автора, поднять борьбу с алкоголизмом до общенационального уровня. Был принят закон о правах людей, страдающих алкоголизмом (закон о лечении алкоголизма и интоксикации), направленный на то, чтобы вывести борьбу с алкоголизмом из системы уголовного права и подчинить ее системе здравоохранения. Несмотря на это, в США из 9 млн. больных алкоголизмом лишь 10% получают лечение. Причина кроется не только в нежелании больного алкоголизмом лечиться. Общество очень неохотно признает алкоголизм тем, чем он официально объявлен,

т. е. болезнью. Особенно не воспринимает алкоголизм как болезнь небелое население США, среди которого алкоголизм принял угрожающие размеры. Существующие меры наказания лиц, совершающих правонарушения в состоянии алкогольной интоксикации, как это признает ВОЗ, не могут сдержать их от совершения новых «поступков, граничащих с саморазрушением, почти самоубийством, которые часто как бы рассчитаны на то, чтобы повлечь за собой наказание»[1]. ВОЗ признает необходимость создания государственной службы по борьбе с алкоголизмом.

В социалистических странах борьба с алкоголизмом и пьянством носит государственный характер. Государственные учреждения всех ведомств активно содействуют органам и учреждениям здравоохранения и общественным организациям в борьбе с пьянством и алкоголизмом. В странах социализма введена система принудительного лечения для некоторых групп лиц, страдающих алкоголизмом и представляющих социальную опасность.

Так, в ПНР согласно противоалкогольному закону 1959 г. алкоголизм рассматривается как болезнь, требующая лечения. Лечение больных алкоголизмом осуществляется в лечебницах открытого и закрытого типа. В последних проводят принудительное лечение лиц, страдающих алкоголизмом и допускающих антиобщественные поступки. По данным S. Cwynar (1974), в стране насчитывалось 434 противоалкогольные консультации для добровольного лечения; обязательное лечение осуществлялось в отделениях психиатрических больниц, в девяти самостоятельных учреждениях для лечения от алкоголизма, в пяти лечебно-реабилитационных отделениях. Ежегодно стационарное лечение проходят 12 500 больных алкоголизмом. Вместе с тем, как отмечает автор, обязательным лечением охвачено меньше половины больных, страдающих алкоголизмом. Полное излечение достигается в 2—10% случаев, улучшения разной степени—у 40—50% больных. S. Cwynar считает, что такая болезнь, как алкоголизм, требует комплекса лечебно-профилактических и реабилита-

---

[1] Проблемы алкоголизма и планирование национального здравоохранения в программах ВОЗ.— Хроника ВОЗ, т. 27, № 8, с. 391.

ционных мероприятий. Профилактика алкоголизма, по его мнению, должна начинаться с детства выработкой в сознании ребенка оборонительной реакции на употребление алкоголя.

В СФРЮ, где алкогольные напитки очень дешевы и легкодоступны, борьбу с алкоголизмом с 1954 г. возглавляет Общество Красного Креста. Имеются специальные комиссии по борьбе с алкоголизмом на предприятиях, рудниках, транспорте. В своей деятельности комиссии опираются на актив из представителей администрации и общественных организаций. Задачами противоалкогольной деятельности Общества Красного Креста являются пропаганда идей трезвости, противоалкогольное воспитание школьников и молодежи, лечение и социальная помощь больным алкоголизмом и их семьям, сокращение производства алкогольных напитков. Во всех лицеях, профессиональных школах, ремесленных училищах и во многих начальных школах созданы противоалкогольные общества, число которых в 1966 г. достигло 500. В них состояло 145 000 членов [Jovanowice R., 1967]. По инициативе этих обществ, состоящих из учеников старших классов, в школах читают лекции на противоалкогольные темы, демонстрируют кинофильмы, организуют вечера, диспуты и др. Эта работа проводится не только в школах, но и в молодежных лагерях добровольного труда, в селах во время каникул.

Лечение алкоголизма, довольно широко распространенного в СФРЮ по сравнению с другими социалистическими странами, добровольное. B. Sikic, R. Walker, D. Peterson (1972) приводят программу, принятую в 1964 г. во всех 105 районах Хорватии. В Загребском институте по изучению алкоголизма ежегодно проходят лечение 5057 человек. Программа включает стационарное лечение (дневной стационар) и участие в деятельности клуба лечившихся от алкоголизма. Во время лечения, продолжающегося около года, больные поддерживают контакты с семьей, друзьями и производственным коллективом. Пациент осознает серьезность своей болезни и необходимость ее лечения. Семья больного активно участвует в лечебном процессе. После курса лечения 80—90% лиц не употребляли алкогольные напитки в течение года.

Как отмечают M. Keller, V. Efron (1974), в програм-

мах борьбы с алкоголизмом в СФРЮ большое внимание уделяют общественной среде и эмоциональным воздействиям. В психиатрической больнице г. Сараево, например, алкогольное отделение практически является клубом, где семьи больных алкоголизмом активно сотрудничают с медицинским персоналом.

В ЧССР организационным центром по борьбе с алкоголизмом является Центральный противоалкогольный комитет. Его деятельность координируется министерством здравоохранения страны. В окрестностях крупных городов (Прага и Братислава) организованы противоалкогольные центры для лечения больных, тесно связанные с «отрезвительными станциями».

Заслуживает внимания опыт борьбы с алкоголизмом в НРБ, где работа направлена на социальную профилактику алкоголизма, в основе которой лежит широкая противоалкогольная пропаганда. В стране значительно распространено движение за трезвость. При предприятиях и учреждениях создаются молодежные клубы трезвости, их основная задача — ведение противоалкогольной пропаганды. В настоящее время в стране насчитывается более 4000 таких клубов, объединяющих почти полмиллиона старших школьников, студентов, молодых рабочих [1]. Движением за трезвость на местах руководят районные (городские) комитеты трезвости (таких комитетов около 2 тыс.). Вся противоалкогольная работа координируется Национальным комитетом трезвости.

В НРБ имеется печатный орган «За трезвость», выпускается еженедельная газета «Трезвость», тираж ее превышает 70 тыс. экземпляров, издаются научно-популярные брошюры. Все это способствует активной, наступательной противоалкогольной пропаганде. Следствием такой широкой работы является неуклонное снижение потребления алкоголя в стране. В НРБ самые низкие среди социалистических стран показатели потребления алкоголя на душу населения и распространенности алкоголизма.

Председатель Национального комитета трезвости НРБ Дм. Братанов, выступая на VI Международном конгрессе ассоциации по изучению условий жизни и здоровья (Варна, 1972), подчеркнул роль профилак-

---

[1] Работническо дело, 1970, 10 марта.

тики алкоголизма как первостепенной не только медицинской, но и общественной задачи. «Воздержательное движение» в НРБ, называемое движением за трезвость, идет прежде всего по пути профилактической борьбы с алкоголизмом. «Это — путь непримиримой и систематической воспитательной деятельности среди нашей социалистической смены — студентов и молодежи»[1].

Рассмотрение мер по борьбе с алкоголизмом в разных странах и в различные периоды показывает, что, несмотря на некоторое своеобразие, эти меры достаточно однотипны. Они направлены в основном на ограничение потребления алкогольных напитков или запрещение их производства и продажи. Сюда относится и принятие различных законодательных актов, предусматривающих наказание за пьянство, принудительное лечение больных алкоголизмом и др. Следует подчеркнуть, что только мощный рост рабочего движения во второй половине XIX столетия, непрерывное революционизирование этого движения, наступательная борьба пролетариата накануне первой мировой войны и особенно после нее заставили правительства капиталистических государств пойти на некоторые социальные реформы (законодательство о местном запрете, запрещение продажи алкогольных напитков лицам определенного возраста, контроль над алкогольной продукцией и др.). Однако все эти меры являются бессистемными, разрозненными и поэтому в большинстве паллиативными. Кроме того, ни одна из этих мер не устраняет причин, вызывающих злоупотребление алкогольными напитками. В условиях капиталистического общества эти меры способствуют лишь незначительному уменьшению алкоголизма, но не могут разрешить проблему в социальном плане.

Борьба с алкоголизмом во многих странах имеет как бы два направления: лечебное и профилактическое. Лечебное направление включает различные методики. Более важное значение имеет профилактическое направление борьбы с алкоголизмом, преду-

---

[1] Братанов Б., Братанов Д. Борьба против алкоголизма — первостепенная социальная и профилактическая задача.— В кн.: Труды 6-го Международного конгресса в Варне. София, 1973, с. 161.

сматривающее комплекс социально-экономических, социально-политических и воспитательных мероприятий по предупреждению злоупотребления алкоголем.

Опыт борьбы с алкоголизмом в социалистических странах (НРБ и др.) показывает, что только созданием единой государственной системы с широким привлечением общественности можно добиться серьезных успехов в искоренении таких социальных пороков, как пьянство и алкоголизм.

Основные этапы борьбы с алкоголизмом в дореволюционной России и СССР

«Едва ли найдется другая социально-гигиеническая проблема, которую изучали бы так много и так долго, по которой имелась бы столь обширная мировая литература, около которой развивалась бы такая деятельная пропаганда, о которой писалось бы столько брошюр, статей, воззваний, собиралось бы столько совещаний, проводилось бы в жизнь столько экспериментов массового характера...»,— писал об алкоголизме известный специалист в области социальной гигиены А. В. Мольков (1926). В этом высказывании отражена вся сложность проблемы борьбы с алкоголизмом. Необходимо изучить не только современное состояние проблемы, но исторический опыт борьбы с алкоголизмом.

Широкое распространение пьянства в России, огромный вред, наносимый им здоровью, побудили народ в середине XIX века к стихийному движению за трезвость. В 1858—1859 гг. среди крестьян Саратовской, Пензенской, Владимирской и Тверской губерний возникли неофициальные общества трезвости. Однако лишенное организации и не поддержанное государством, это стихийное движение за трезвость быстро заглохло.

Впервые в России общество трезвости было официально учреждено в 1874 г. в селе Дейкаловка Полтавской губернии, а в 1882 г. в селе Татаево Смоленской губернии возникло «согласие» трезвости. К 1900 г. в России действовало 15 городских обществ трезвости, около 140 церковно-приходских в сельской местности и около 10 фабричных и заводских обществ. Кроме того, было 35 эстонских, 10 латышских и

10 финских обществ трезвости. Самое большое в России «Московское общество трезвости», организованное в 1895 г., в 1910 г. насчитывало 434 члена [Гуревич З. А., Залевский А. З., 1930].

Известный московский невропатолог А. М. Коровин, принимавший активное участие в создании обществ трезвости, в брошюре «Цели и задачи обществ трезвости» (1903) доказывал необходимость создания подобных обществ, излагал их непосредственные задачи, характер деятельности, порядок составления и утверждения устава. Однако общества большей частью имели уставы, утвержденные местными епископами.

Общества существовали на средства, полученные от годовых взносов своих членов, или на пожертвования. Они устраивали чайные и столовые, где чай и пища стоили дешевле, чем в обычных заведениях, для посетителей были газеты и журналы, а иногда и небольшие библиотеки с выдачей книг на дом. Общества проводили специальные чтения и беседы о вреде пьянства, раздавали листки и брошюры. В России издавалось несколько ежемесячных журналов, посвященных вопросам борьбы с пьянством: «Деятель», «Вестник трезвости» и «Народная трезвость».

Царское правительство, экономически и политически заинтересованное в алкоголизации населения, было вынуждено маскировать эту заинтересованность видимостью борьбы с пьянством. Это выражалось в издании различных законов, предусматривающих в основном карательные меры и имевших по существу показной характер.

Вскрывая реакционный смысл политики царизма в период отмены крепостного права в России, К. Маркс указывал, что царское правительство карало как преступление всякую попытку поднять культурный уровень народа. «Достаточно вам лишь напомнить,— писал К. Маркс,— о правительственных репрессиях против обществ трезвости, которые стремились спасти московита от того, что Фейербах называет материальной субстанцией его религии, то есть от водки»[1].

Лицемерие царской политики по борьбе с пьянством очень наглядно проявилось в деятельности попе-

---

[1] Маркс К., Энгельс Ф. Соч. 2-е изд., т. 16, с. 207.

чительств о народной трезвости, которые были учреждены в России по инициативе Министерства финансов одновременно с введением винной монополии. В состав губернских (уездных) комитетов попечительств входили высшие должностные лица: губернатор (председатель), управляющий акцизными сборами, управляющие палатами (контрольной, государственных имуществ, казенной) и др. Состав комитетов красноречиво говорил о том, что ни о каком общественном контроле за потреблением алкоголя народом не могло быть и речи. Эти попечительства, на содержание которых расходовались большие средства, не дали и не могли дать положительного результата в борьбе с пьянством в царской России.

Для того чтобы прочитать лекцию о вреде алкогольных напитков или устроить собрание, общество трезвости должно было получить специальное разрешение попечителя учебного округа и губернатора. Указом Сената (от 12 октября 1905 г.) были утверждены правила о публичных собраниях, согласно которым лица, желавшие устроить собрание, должны были подать об этом в полицию, исправнику или соответствующему должностному лицу прошение не позднее чем за 3 сут до его проведения. Чиновник, которому адресовалось заявление, назначал должностное лицо в качестве своего представителя для надзора [Успенский С., 1912].

Критикуя попечительства о народной трезвости, многие представители прогрессивной русской интеллигенции считали, что в основу их организации сразу же были положены ложные начала: «Недостаток общественного элемента, чисто правительственный характер этих учреждений составляют самую невыгодную для дела сторону организации борьбы с пьянством путем этих новых установлений»[1]. Все это приводило к тому, что общества трезвости быстро распадались. Такие неудачи подрывали веру в возможность реальной борьбы с пьянством и алкоголизмом.

Рост алкоголизма среди населения не мог не привлечь к себе внимания русской интеллигенции, главным образом прогрессивно настроенных врачей.

[1] Труды I-го Всероссийского съезда по борьбе с пьянством.— Т. 1. СПб., 1910, с. 201.

В 1898 г. при «Русском обществе охранения народного здравия» для борьбы с алкоголизмом была организована специальная комиссия в составе врачей, юристов, общественных деятелей и других представителей всех больших городов и губерний страны.

В опубликованных материалах комиссии подчеркивалась связь распространения алкоголизма в России с социально-экономическими условиями [Нижегородцев М. Н., 1909]. В частности, комиссия пришла к выводу, что условия экономические, в том числе плохие условия труда и низкая заработная плата, санитарно-гигиенические (плохая пища, нездоровые жилищные условия), правовые и нравственные (недовольство личным, гражданским и политическим положением) толкают отдельные группы населения к алкоголизму. Комиссия делала робкие попытки улучшить жизнь населения, в связи с чем наивно представила результаты своих исследований в соответствующие правительственные органы и общественные организации. Комиссия предложила ряд мероприятий по борьбе с пьянством, однако правительство не проявило к ним никакого интереса и они не были проведены в жизнь.

Важным событием в истории русской общественной медицины был I Всероссийский съезд по борьбе с пьянством (28 декабря 1909 г.— 6 января 1910 г.), созванный в Петербурге по инициативе указанной комиссии. На съезд были приглашены широкие слои русской интеллигенции, члены «Русского общества охранения народного здравия», представители Академии наук, высших учебных заведений, попечительств о народной трезвости и различных обществ, а также отдельные лица, известные своей деятельностью в области изучения алкоголизма.

Съезд проходил при активном участии медицинской интеллигенции. Врачи выступали по таким важным разделам программы, как противоалкогольное законодательство, финансово-экономическая система и алкоголизм, алкоголизм и проституция, алкоголизм и школа. Большой интерес представляли доклады В. М. Бехтерева, Н. Е. Введенского, А. Л. Мендельсона, А. М. Коровина и др. [Бородин Д. Н., 1910].

Большинство выступивших на съезде врачей стояли на правильных позициях в оценке влияния социальных факторов как на происхождение и развитие алко-

голизма, так и на его последствия. Алкоголизм и пьянство врачи рассматривали в тесной связи с социально-экономическими и социально-гигиеническими вопросами (М. М. Гран, Г. И. Дембо, В. А. Поссе и др.), однако в своих выводах о путях борьбы с этим социальным злом они не выходили за рамки умеренных реформ в условиях существующего строя.

Врачи — члены РСДРП последовательно проводили линию партии, рассматривая проблему алкоголизма с классовых позиций. Задачи социал-демократических рабочих организаций в борьбе с пьянством на съезде четко сформулировал В. И. Чиркин: «Необходимо направить оружие борьбы прежде всего на уничтожение капиталистической эксплуатации, на улучшение экономических условий существования рабочего класса и других беднейших слоев населения» [1]. Член РСДРП врач М. Я. Лукомский в докладе «Меры борьбы с алкоголизмом за границей и у нас» говорил: «Алкогольный вопрос — в первую очередь вопрос социал-экономический и правовой: вопрос сокращения рабочего дня, вопрос увеличения заработной платы, вопрос жилищный, вопрос страхования рабочих, вопрос профессиональной гигиены, вопрос всяческого улучшения условий труда и повышения уровня жизни, наконец, вопрос гражданских и правовых норм» [2]. Деятельность рабочей группы на съезде получила высокую оценку в социал-демократической и большевистской печати.

На Второй Всероссийский съезд по борьбе с пьянством, который состоялся в Москве с 6 по 12 августа 1912 г., не были допущены представители рабочих организаций, участвовавшие в работе первого съезда. Второй Всероссийский съезд по борьбе с пьянством нисколько не подвинул дело борьбы с алкоголизмом, и поэтому он «останется не замеченным широкими массами населения».

Под флагом борьбы с пьянством в России в этот период по существу проводится борьба с трезвостью [Нестеренко А. И., 1966]. Рабочим не разрешается открывать свои общества трезвости, преследуются обще-

---

[1] Труды I-го Всероссийского съезда по борьбе с пьянством.— Т. 1. СПб., 1910, с. 201.

[2] Там же, т. 2, с. 1032.

ства «трезвенников». Т. И. Вяземский вынужден был выступить с брошюрой «Возможна ли в России борьба с алкоголизмом» (1911).

В 1914 г., во избежание массовых беспорядков, вызванных стихийным протестом против начавшейся империалистической войны, царское правительство запретило продажу спиртных напитков [Коровин А. М., 1916]. Этот запрет оставался в силе и после Великой Октябрьской социалистической революции (до 1925 г.).

Советское правительство сразу объявило самую решительную борьбу с самогоноварением и злоупотреблением алкогольными напитками. Совет Народных Комиссаров РСФСР 19 декабря 1919 г. принял постановление «О воспрещении на территории РСФСР изготовления и продажи спирта, крепких напитков и не относящихся к напиткам спиртсодержащих веществ» («Известия ВЦИК» от 1 января 1920 г.). Это постановление предусматривало строгие меры наказания (не менее 5 лет тюремного заключения с конфискацией имущества) за самогоноварение, покупку и продажу самогона.

Борьба за трезвость нашла отражение в Программе РКП(б), принятой на VIII съезде партии в 1919 г. Алкоголизм как социальное явление был поставлен в один ряд с туберкулезом и венерическими болезнями.

В. И. Ленин решительно выступал против пьянства, против попыток получения прибылей за счет продажи спиртных напитков. В своем докладе о продовольственном налоге на X Всероссийской конференции РКП(б) в 1921 г. он указывал, что в торговле приходится считаться с тем, что спрашивают, но «...в отличие от капиталистических стран, которые пускают в ход такие вещи, как водку и прочий дурман, мы этого не допустим, потому что, как бы они ни были выгодны для торговли, но они поведут нас назад к капитализму, а не вперед к коммунизму...»[1]. В беседе с Кларой Цеткин (1920) В. И. Ленин совершенно определенно высказал свое отношение к этому вопросу: «Пролетариат — восходящий класс. Он не нуждается в опьянении, которое оглушало бы его или возбуждало. Ему

[1] Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 43, с. 326.

не нужно... опьянения алкоголем. Он черпает сильнейшее побуждение к борьбе в положении своего класса, в коммунистическом идеале»[1].

В первые годы Советской власти, когда в стране была запрещена продажа спиртных напитков, борьба с алкоголизмом направлялась главным образом против самогоноварения и выражалась в административных мерах. Как указывалось в гл. III, угрожающий рост самогоноварения в начале 20-х годов, относительная безуспешность административных мер по борьбе с ним вынудили Советское правительство возложить на государство производство и продажу водки. Н. А. Семашко в 1926 г. писал, что мы выпускаем водку, чтобы вытеснить вредный самогон, но и водка вредна, нужно вести борьбу самую решительную и непримиримую и против водки, и против самогона.

Н. А. Семашко считал, что такой веками укоренившийся обычай, как пьянство, нельзя уничтожить простым формальным запрещением продажи и производства спиртных напитков, однако в конечном счете надо держать курс на прекращение продажи водки. Прекратить ее продажу можно только тогда, когда массы будут подготовлены к этому.

Вынужденная торговля водкой сопровождается усилением борьбы с алкоголизмом и пьянством. Журнал «За трезвость», издаваемый в Харькове, в 1929 г. писал, что борьба за трезвый и здоровый быт так же серьезна и необходима, как борьба с белыми в эпоху гражданской войны, как борьба с разрухой, как борьба с классовым врагом.

В марте 1927 г. СНК РСФСР принимает постановление «О мерах ограничения продажи спиртных напитков», предусматривающее запрещение продажи спиртных напитков малолетним и лицам, находящимся в состоянии опьянения, а также продажи спиртных напитков в буфетах и культурно-просветительных учреждениях.

XV съезд ВКП(б) (декабрь 1927 г.), принявший первый пятилетний план и взявший курс на индустриализацию страны, в числе важнейших задач, направленных на повышение культуры, переустройство

---

[1] Цеткин К. Из записной книжки. Воспоминания о В. И. Ленине.— М.: Госполитиздат, 1957, с. 484—485.

быта, укрепление трудовой дисциплины, рассматривал и вопросы борьбы с алкоголизмом.

Наряду с государственными мерами по борьбе с алкоголизмом и пьянством активизируется деятельность общественных организаций. В мае 1927 г. издается постановление ВЦИК и СНК РСФСР «Об организации местных специальных комиссий по вопросам алкоголизма», в задачу которых входило вовлечение в противоалкогольную борьбу широких слоев рабочих и крестьян, изучение причин алкоголизма, согласование мероприятий, разработанных различными учреждениями и организациями на местах, изыскания средств и содействие в организации лечебно-профилактических и культурно-просветительных учреждений по борьбе с алкоголизмом. Такие комиссии и комитеты стали создаваться во многих городах и крупных поселках. Их руководителями избирались опытные партийные и советские работники. По всей стране ширится противоалкогольное движение, на предприятиях создаются противоалкогольные ячейки, которые становятся очагами борьбы за перестройку быта и оздоровление населения. В Москве в 1928 г. насчитывалось 239 таких ячеек, из них 169 на фабриках и заводах. В составе этих ячеек было около 5500 рабочих [Лотова Е. И., Павлучкова А. В., 1972].

Огромное значение созданию ячеек и обществ борьбы с алкоголизмом придавал Н. А. Семашко. Он считал, что эти «трезвые островки» призваны «организовать... общественное мнение и... вести антиалкогольную работу»[1]. Противоалкогольные ячейки объединялись в общество по борьбе с алкоголизмом. Общества и ячейки создавались не только в крупных рабочих центрах (Москва, Ленинград, Иваново-Вознесенск, Тула, Харьков, Нижний Новгород и др.), но и в самых отдаленных местах страны.

В 1928 г. создается «Всесоюзное общество по борьбе с алкоголизмом», которое сыграло большую роль в организации и развитии противоалкогольного движения. В состав организационного комитета общества вошли Н. А. Семашко, В. А. Обух, А. Н. Бах, Л. С. Минор, а также деятели партии и правительства С. М. Буден-

---

[1] Семашко Н. А. Клубы в борьбе с пьянством.— Коммунистическое просвещение, 1928, № 6, с. 23.

ный, Н. И. Подвойский, Е. М. Ярославский, писатели Д. Бедный, Вс. Иванов и др. Руководители общества совместно с работниками Наркомздрава РСФСР развернули активную работу по привлечению общественности к борьбе с алкоголизмом [Лотова Е. И., Павлучкова А. В., 1972].

Важным событием в противоалкогольном движении явился I Пленум Всесоюзного совета противоалкогольных обществ (1929), на котором был обобщен первый опыт работы в новых условиях. На пленуме отмечалось, что к концу первого года существования общества почти 250 тыс. человек, преимущественно рабочих, стали его членами, из них около 20 тыс. перестали злоупотреблять алкоголем и вернулись к нормальной производственной и общественной работе. «Возвращение этих рабочих к станку дало государству около 10 млн. рублей чистого дохода из-за уменьшения прогулов и увеличения производительности труда» [1].

Общество считало одной из важнейших задач содействие проведению в жизнь советских законов по борьбе с алкоголизмом и пьянством.

Коренное изменение социально-экономических условий потребовало углубленного изучения проблемы алкоголизма как в масштабе всей страны, так и среди отдельных социальных групп населения. Для развития научно-исследовательской работы в области алкоголизма в 1929—1930 гг. предусматривались специальные ассигнования. Намечалось, в частности, изучить влияние административных ограничений на распространенность алкоголизма, оценить результаты и стоимость лечения лиц, злоупотребляющих алкоголем, в специальных противоалкогольных и общих психиатрических учреждениях.

В ходе противоалкогольного движения в этот период родилось много новых форм и методов работы: недели и месячники борьбы с алкоголизмом, проведение противоалкогольных бесед в школах, широкое вовлечение в противоалкогольную борьбу деятелей науки и культуры, включение в социалистические обязательства производственных предприятий показателей по борьбе с алкоголизмом, создание в коллективах

---

[1] Гуревич З. А., Залевский А. З. Алкоголизм.— Харьков, 1930, с. 208—209.

обстановки нетерпимости к пьяницам, совершенствование противоалкогольной пропаганды и др. Эти формы не утратили своей актуальности и в настоящее время.

В послевоенный период основную работу по борьбе с алкоголизмом и пьянством ведут учреждения министерств внутренних дел и здравоохранения. Организуются медвытрезвители, наркологические кабинеты и стационары для лечения больных алкоголизмом. Особое развитие эти учреждения получили в связи с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об усилении борьбы с пьянством и о наведении порядка в торговле крепкими спиртными напитками» (1958). Во исполнение этого постановления издается приказ министра здравоохранения СССР от 31 декабря 1958 г. «О мерах по профилактике и лечению алкоголизма», которым предусматривалось создание наркологических кабинетов при психоневрологических диспансерах, медико-санитарных частях промышленных предприятий и поликлиниках.

Вопросы борьбы с алкоголизмом в 50—60-х годах обсуждались на многих медицинских форумах, в частности на конференции, организованной Институтом психиатрии Министерства здравоохранения СССР [Деглин В. Г., 1954], на Всесоюзной конференции по борьбе с алкоголизмом (февраль 1952), на Всероссийском совещании по вопросам профилактики и лечения алкогольных заболеваний (май 1960), на IV Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров [Курашов С. В., 1963]. На этих конференциях подчеркивалась необходимость привлечения к борьбе с алкоголизмом общественности и учреждений общемедицинской сети.

С возобновлением в середине 60-х годов преподавания социальной гигиены усилилась социально-гигиеническая направленность в изучении состояния здоровья населения и, в частности, в изучении алкоголизма. На II Всесоюзном симпозиуме по социальной гигиене и организации здравоохранения (Москва, 1969) акад. Б. В. Петровский отметил, что социально-гигиенические вопросы борьбы с травматизмом, болезнями сердечно-сосудистой системы, алкоголизмом и другими хроническими заболеваниями должны занять самостоятельное место.

Первые итоги изучения алкоголизма были обсуждены в мае 1972 г. на конференции во Всесоюзном научно-исследовательском институте социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко [Аруин М. И., 1973]. В этой конференции, которая была посвящена социально-гигиеническим аспектам проблемы алкоголизма в России и СССР, приняли участие не только историки медицины и специалисты в области социальной гигиены, но и клиницисты, психиатры, социологи, экономисты и представители других специальностей.

В условиях развитого социалистического общества борьба с пьянством и алкоголизмом является одной из задач идейно-воспитательной работы Коммунистической партии и Советского правительства. «Не может быть победы коммунистической морали,— отмечалось на XXIV съезде КПСС,— без решительной борьбы с такими ее антиподами, как стяжательство, взяточничество, тунеядство, клевета, анонимки, пьянство и т. п. Борьба с тем, что мы называем пережитками прошлого в сознании и поступках людей,— это дело, которое требует к себе постоянного внимания партии, всех сознательных передовых сил нашего общества»[1]. Основными формами воспитательной работы, проводимой государственными органами и общественностью по борьбе с пьянством, являются создание стойких культурных традиций, убеждение людей в необходимости искоренения пьянства, широкая противоалкогольная пропаганда.

Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» (1972) и принятые в соответствии с ними республиканские законодательные акты, в частности, Указ Президиума Верховного Совета РСФСР от 19 июня 1972 г. «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» и соответствующее постановление Совета Министров РСФСР знаменуют новый этап борьбы с алкоголизмом.

Эти документы направлены на повышение эффективности административного, общественного и меди-

---

[1] Материалы XXIV съезда КПСС.— М.: Политиздат, 1971, с. 84.

цинского воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем. Они предусматривают усиление массово-политической и культурно-воспитательной работы в трудовых коллективах и по месту жительства, проведение экономических и медицинских мероприятий. Принятые постановления и законодательные акты о мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма создали прочную организационную и правовую основу для искоренения этого явления.

С целью улучшения координации работы государственных органов и общественных организаций в 1972 г. были созданы комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом при исполкомах районных, городских, областных и краевых Советов народных депутатов, при советах министров союзных и автономных республик[1].

Выполняя соответствующие постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР, Министерство здравоохранения СССР, его органы и учреждения на местах совместно с партийными и советскими органами провели организационные мероприятия по созданию в стране самостоятельной наркологической службы. Уже к 1976 г. были выделены специальные помещения и организованы 21 наркологический стационар, наркологические кабинеты и отделения на промышленных предприятиях, утверждены новые штатные нормативы, что дало возможность ввести дополнительно 13 тыс. врачебных должностей и 55 тыс. должностей среднего медицинского персонала для вновь создаваемой наркологической службы. В 1978 г. в стране насчитывалось около 60 наркологических диспансеров и свыше 2 тыс. наркологических кабинетов [Бабаян Э. А., 1977, 1978].

За последние годы в практике советского здравоохранения накоплен определенный опыт работы различных наркологических учреждений. На отдельных территориях и в ряде городов страны (Московская область, Кривой Рог, Томск, Челябинск, Дзержинск Горьковской области и др.) отрабатываются модели комплексной борьбы с пьянством и алкоголизмом.

---

[1] Положение о комиссиях по борьбе с пьянством, например, в РСФСР утверждено Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 21 августа 1972 г. (Ведомости Верховного Совета РСФСР, 1972, № 34, с. 845).

Министерством здравоохранения СССР предусматривается в 1981—1985 гг. дальнейшее развитие и совершенствование наркологической службы, расширение сети наркологических диспансеров и отделений при промышленных предприятиях, в строительстве и сельском хозяйстве. Должны получить дальнейшее развитие дневные стационары для лечения больных алкоголизмом при предприятиях. Планируется разработать и внедрить в практику новые методы лечения алкоголизма (электроакупунктура, экспресс-методы профилактического лечения и др.).

Вопросы организации борьбы с алкоголизмом за последние годы обсуждались на VI и VII Всесоюзных съездах невропатологов и психиатров (1975, 1981), на III и IV Всероссийских съездах невропатологов и психиатров (1974, 1980), на II и III Всесоюзных научно-практических конференциях по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма, на Всероссийских конференциях (1974, 1977). Обсуждение вопросов борьбы с алкоголизмом на этих форумах способствовало обмену опытом, дальнейшему совершенствованию наркологической помощи лицам, страдающим алкоголизмом, и осуществлению профилактики алкоголизма.

Глава VIII

Организация борьбы с алкоголизмом в СССР

Государственно-административные и общественные меры борьбы с пьянством и алкоголизмом

Многообразие причин, вызывающих злоупотребление алкоголем, антиобщественный характер пьянства и алкоголизма, наносимый ими ущерб социальным и культурным ценностям социалистического общества обусловливают разнообразные формы и методы борьбы с этим злом по линии государственно-административных органов и общественных организаций.

Основой борьбы является противоалкогольное законодательство, от строгого соблюдения которого в значительной степени зависит успех борьбы с алкоголизмом и пьянством. Действующее в стране законодательство содержит, с одной стороны, экономические и организационные меры, направленные на уменьшение употребления алкогольных напитков, с другой — меры государственного принуждения, состоящие в привлечении нарушителей соответствующих законов к правовой ответственности. К мерам государственного принуждения относятся уголовные, административные, дисциплинарные и гражданско-правовые.

Э. А. Бабаян (1980) выделяет четыре группы законодательных актов, касающихся: 1) порядка производства и торговли алкогольными напитками; 2) уголовного и административного права, связанного с вопросами употребления алкогольных напитков; 3) роли общественности в вопросах борьбы с алкоголизмом; 4) лечения больных хроническим алкоголизмом.

Охарактеризуем кратко основные противоалкогольные мероприятия, проводимые государством в соответствии с действующими законодательными актами.

Важным направлением борьбы с пьянством и алкоголизмом являются ограничение производства и продажи алкогольных напитков, особенно крепких. Постановление Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» (1972) с целью снижения употребления в стране спиртных напитков предусмотрело сокращение производства водки и крепких водочных изделий и наряду с этим значительное расширение производства безалкогольных напитков с тем, чтобы полностью удовлетворить спрос населения на эти напитки.

С целью наведения порядка в торговле алкогольными напитками и сокращения их продажи населению Совет Министров СССР обязал советы министров союзных республик, Министерство торговли СССР, Центросоюз и другие министерства и ведомства, имеющие торговую сеть:

а) рассмотреть вопрос о сокращении числа магазинов по продаже алкогольных напитков, запретить торговлю ими в мелкой розничной торговой сети, во всех столовых и буфетах, а также в специализированных продовольственных магазинах (за исключением спе-

циализированных магазинов по торговле плодоовощами, рыбой и консервами, в которых может быть допущена продажа шампанского, виноградного и плодово-ягодного вина и других алкогольных напитков крепостью до 30%);

б) запретить продажу водки и других алкогольных напитков крепостью 30% и выше в торговых предприятиях, находящихся в районе расположения промышленных предприятий и строек, учебных заведений, детских учреждений, больниц, санаториев и домов отдыха, вокзалов, пристаней и аэропортов, культурных и зрелищных предприятий, а также в местах массовых гуляний и отдыха трудящихся.

Установлено, что продажа водки и других алкогольных напитков крепостью 30% и выше может производиться в розничной торговой сети не ранее 11 ч и не позднее 19 ч. Повсеместно запрещается продажа всех алкогольных напитков лицам, находящимся в состоянии опьянения, и несовершеннолетним.

Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 19 июня 1972 г. «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» предусмотрена административная ответственность за действия, способствующие пьянству, в частности за:

1) нарушение работниками торговых предприятий правил торговли алкогольными напитками;

2) скупку и перепродажу водки и других спиртных напитков по повышенной цене;

3) доведение несовершеннолетних до состояния опьянения;

4) приобретение самогона, араки, чачи, тутовой водки и других крепких спиртных напитков домашней выработки.

За домашнее изготовление крепких спиртных напитков, а также аппаратов для их изготовления с целью сбыта предусматривается лишение свободы на срок от 1 года до 3 лет, а за те же действия, совершенные повторно,— лишение свободы на срок от 3 до 5 лет. За приобретение самогона и других крепких спиртных напитков домашней выработки установлен штраф от 10 до 50 р.

Министерством торговли СССР были утверждены правила торговли алкогольными напитками. Предприятия торговли и общественного питания могут прода-

вать винно-водочные изделия только при наличии специального разрешения отдела торговли исполкома районного или городского Совета народных депутатов. В разрешении указываются адрес предприятия торговли, часы его работы, виды напитков, вид продажи (в розлив, на вынос) и другие необходимые данные. В магазинах, где разрешена торговля алкогольными напитками, при наличии соответствующих условий их продажу производят в специальных отделах и секциях. Реклама винно-водочных изделий запрещена. Специальные правила регулируют продажу водки и других алкогольных напитков крепостью 30% и выше, в основном определяют место и время торговли этими напитками.

В комплексе государственных мер борьбы с пьянством большое значение имеют меры административно-правового воздействия за правонарушения, совершенные на почве пьянства или тесно с ним связанные.

Наиболее частым нарушением противоалкогольного законодательства бывает появление граждан в общественных местах в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР установлена административная ответственность за распитие спиртных напитков на улицах, во дворах и подъездах, на стадионах, в скверах, парках и других общественных местах, кроме предприятий торговли и общественного питания, в которых продажа спиртных напитков в розлив разрешена исполнительным комитетом местного Совета народных депутатов. «Уличное» распитие алкогольных напитков, как утверждает Г. Г. Заиграев (1980), представляет в настоящее время наиболее значимый фактор развития пьянства. По его данным, такая форма употребления винно-водочных изделий в 2,3 раза увеличивает «вероятность проявления аморального, антиобщественного поведения», делает общественно обозримым многие из проявлений безнравственности, грубости, цинизма и других моральных отклонений в поведении пьющих.

За распитие спиртных напитков, а также за появление в пьяном виде, оскорбляющем человеческое достоинство и общественную нравственность, в общественных местах виновные подвергаются штрафу в размере от 3 до 10 р. или предупреждению, либо мате-

риалы о совершенных ими проступках направляются на рассмотрение общественной организации, коллектива трудящихся, товарищеского суда по месту работы, учебы или жительства правонарушителя. За повторное распитие спиртных напитков или появление в пьяном виде в общественных местах виновные подвергаются штрафу в размере от 10 до 30 р.

Злоупотребление алкогольными напитками служит основанием для применения таких мер, как задержание граждан и доставка в медвытрезвитель, привод и официальное предупреждение. Административное задержание граждан является одной из наиболее часто используемых на практике мер пресечения правонарушений, совершенных на почве пьянства. Задержание позволяет в спокойной, деловой обстановке уточнить обстоятельства, при которых было совершено правонарушение, выяснить личность правонарушителя, при необходимости оказать медицинскую или иную помощь.

Задержание лиц, находящихся в состоянии сильного опьянения, производится в интересах как охраны общественного порядка, так и самих задержанных (пьяный может попасть под машину, обморозиться и т. д.). Пьяных доставляют в специализированные медицинские учреждения — медвытрезвители (находящиеся в ведении министерств внутренних дел). Доставленных в медвытрезвитель осматривает медицинский работник, им оказывают необходимую медицинскую помощь. Медицинские работники медвытрезвителя определяют срок пребывания в нем в зависимости от степени опьянения доставленного.

Порядок доставки в медвытрезвитель несовершеннолетних регулируется отдельно. Подростки, задержанные в состоянии опьянения, как правило, доставляются домой, а в случаях тяжелых алкогольных отравлений — в лечебные учреждения. Доставлять несовершеннолетних в медвытрезвитель в соответствии с существующим законодательством разрешается лишь в крайних случаях, при невозможности немедленной передачи их родителям. В медвытрезвитель вызывают родителей подростка, кроме того, выясняют, с кем пил несовершеннолетний, не был ли он вовлечен в пьянство взрослым.

К административному задержанию относятся также привод и официальное предостережение о недопусти-

мости антиобщественного поведения. Вопрос о применении этой меры решается руководством органа милиции, а в отсутствие руководства—дежурным. О всех случаях задержания граждан в пьяном виде работники милиции должны сообщать администрации и общественным организациям по месту работы, учебы или жительства правонарушителя для применения к нему предусмотренных законом мер общественного или дисциплинарного воздействия. Его поведение может быть обсуждено на собрании, послужить основанием для выступления в стенной печати.

Чрезвычайно важным положением, направленным на искоренение случаев выхода на работу в нетрезвом состоянии и употребления спиртных напитков на рабочем месте, является законодательное введение административной, а при отягчающих обстоятельствах и уголовной ответственности должностных лиц за допуск к работе подчиненных им и контролируемых ими работников в нетрезвом состоянии. Это особенно относится к лицам, работающим в условиях повышенной опасности,— водителям транспортных средств, движущихся механизмов, диспетчерам и др.

Действующим законодательством предусмотрена также административная ответственность за управление механическим транспортным средством в нетрезвом состоянии; передачу управления механическим наземным транспортным средством или допуск к управлению таким средством лиц, находящихся в нетрезвом состоянии; управление в нетрезвом состоянии велосипедом или гужевой повозкой; управление в нетрезвом состоянии малым плавательным средством. В частности, ст. 13, 14, 15 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 19 июня 1972 г. предусматривают за управление транспортными средствами в состоянии опьянения штраф от 10 до 30 р. и лишение водительских прав на срок до 2 лет при первом нарушении и штраф от 10 до 50 р. и лишение водительских прав на срок от 2 до 5 лет при повторном нарушении. Штраф до 50 р. предусмотрен для лиц, управляющих транспортом в состоянии опьянения и не имеющих водительских прав.

Важнейшим актом, направленным на борьбу с пьянством и алкоголизмом, является установление строгой ответственности за вовлечение в пьянство несовершен-

нолетних. В ст. 5, 6, 7 Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 19 июня 1972 г. говорится, что доведение до состояния опьянения несовершеннолетних (дети, подростки и молодежь до 18 лет) родителями или иными лицами влечет штраф до 30 р., налагаемый на родителей или других лиц соответствующими комиссиями при исполкомах местных Советов народных депутатов. За те же действия, совершенные лицом, в служебной зависимости от которого находится несовершеннолетний, предусматривается уже не административная, а уголовная ответственность. Особенно строгая уголовная ответственность предусматривается за вовлечение несовершеннолетних в пьянство, т. е. за систематическое доведение его до состояния опьянения — лишение свободы до 5 лет. На родителей налагается штраф за появление их детей в возрасте до 16 лет в общественных местах в состоянии опьянения. Запрещен прием на работу, связанную с производством, хранением и торговлей спиртными напитками лиц, не достигших совершеннолетия.

Таким образом, в советском законодательстве предусмотрены строжайшие меры, направленные на то, чтобы не допускать употребления спиртных напитков детьми, подростками и молодежью до 18 лет. Неукоснительно выполнение этих законоположений оградит подрастающее поколение от тлетворного влияния алкоголя.

После принятия постановления Совета Министров СССР «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» (1972) и соответствующего Указа Президиума Верховного Совета РСФСР государственные органы, как отмечают Л. Л. Попов и соавт. (1975), стали активнее бороться с правонарушениями, совершаемыми на почве пьянства, полнее использовать предоставленные им права по применению административно-правовых мер воздействия на нарушителей. Это привело к повышению культуры поведения, особенно в общественных местах, учреждениях, на предприятиях, к уменьшению пьянства на улицах, снижению преступности и других антисоциальных и аморальных явлений, связанных с пьянством. Изучение авторами общественного мнения населения Минска и Волгограда об эффективности противоалкогольного законодательства показало, что $^2/_3$ опрошенных граж-

дан считают меры борьбы с пьянством и алкоголизмом эффективными: «закон удерживает людей от правонарушений». Однако для получения научно обоснованных выводов об эффективности противоалкогольного законодательства последних лет, как отмечают авторы, необходимы специальные, более глубокие исследования.

Таким образом, динамичность административно-правовых мер, их гибкость, широкий диапазон принудительного воздействия, меньшая по сравнению с уголовным наказанием репрессивность и другие особенности делают эти меры наиболее распространенным и одновременно наиболее эффективным средством борьбы с пьянством и алкоголизмом.

Важным законодательным актом, направленным на борьбу с пьянством и алкоголизмом, является внесение в гражданские кодексы союзных республик статей об ограничении дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками. В частности, в ст. 16 Гражданского кодекса РСФСР говорится о том, что лицо, которое вследствие злоупотребления спиртными напитками ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничено судом в дееспособности и над ним устанавливается попечительство. Это лицо без согласия попечителя не имеет права получить зарплату, пенсию и другие виды доходов, продавать, покупать, дарить, завещать и обменивать имущество. Закон предусматривает лишение родительских прав родителей, если они являются хроническими алкоголиками (ст. 59 Кодекса о браке и семье РСФСР).

Ограничение дееспособности и установление попечительств над лицами, злоупотребляющими спиртными напитками, особенно судебные процессы, проводимые по месту работы или по месту жительства этих лиц с участием прокурора, психиатра-нарколога, имеют большое воспитательное значение и являются одной из действенных форм борьбы с алкоголизмом [Рыбальский М. И., Мурашкин Р. Н., Рудяков А. И., 1976].

Существенное место в системе противоалкогольных мероприятий занимает принудительное лечение больных алкоголизмом. Необходимость принудительного лечения объясняется тем, что значительное число больных хроническим алкоголизмом не имеют установки на прекращение употребления спиртных напит-

ков, категорически отказываются от противоалкогольного лечения. Как правило, такие лица активно поддерживают алкогольные традиции и обычаи, втягивают в пьянство окружающих, особенно молодежь, склоняют к возобновлению пьянства лиц, лечившихся от алкоголизма и воздерживающихся после лечения от алкоголя. Больные этой группы, как это определено в Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, представляют опасность для окружающих и подлежат направлению на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП).

В настоящее время во всех союзных республиках изданы и действуют приказы министерств здравоохранения о принудительном лечении и трудовом воспитании больных алкоголизмом. В частности, Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 1 марта 1974 г. «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков» установлено, что хронические алкоголики обязаны проходить полный курс специального лечения в лечебно-профилактических учреждениях Министерства здравоохранения РСФСР по месту их жительства. В тех же случаях, когда хронические алкоголики уклоняются от лечения или продолжают пьянствовать после лечения, нарушают трудовую дисциплину, общественный порядок или правила социалистического общежития, несмотря на принятые к ним меры дисциплинарного, общественного или административного воздействия, они подлежат направлению в ЛТП для принудительного лечения и трудового перевоспитания на срок от 1 года до 2 лет.

Эта мера принуждения преследует не только лечение, но и трудовое перевоспитание больного алкоголизмом. Кроме того, принудительное лечение позволяет предотвратить совершение злостными алкоголиками антиобщественных поступков, оздоровить обстановку в семье, коммунальной квартире, поселке, микрорайоне.

Вопрос о направлении в ЛТП решается народным судом по ходатайству общественных организаций, коллективов трудящихся, государственных органов, медицинских учреждений при наличии медицинского заключения о необходимости и сроках принудительного лечения данного лица в ЛТП. В Узбекской, Казахской и Литовской союзных республиках право

возбуждать ходатайство о принудительном лечении предоставлено членам семьи и близким родственникам больного алкоголизмом.

Порядок проведения медицинского обследования больных алкоголизмом для направления в ЛТП и правила составления медицинских заключений определены специальной инструкцией Министерства здравоохранения СССР. Не подлежат направлению в лечебно-трудовые профилактории лица, страдающие хроническими психическими заболеваниями, инвалиды I и II группы, беременные женщины и кормящие матери, мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет, а также несовершеннолетние. Лечение больных алкоголизмом из указанной группы осуществляется в обязательном принудительном порядке в психиатрических больницах.

Таким образом, принудительное лечение является наиболее гуманной мерой, направленной на восстановление у больных алкоголизмом здоровья, трудоспособности, семейных и социальных связей, на предупреждение совершения ими преступлений и других антисоциальных поступков. Как было отмечено выше, принудительное лечение и трудовое перевоспитание лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, регулируются законодательством союзных республик. Подробный анализ этого законодательства отражен в работах юристов Ю. М. Ткачевского (1973), Д. Н. Бахрая (1973), В. В. Глазырина (1973), С. Я. Улицкого (1974), Б. А. Протченко (1979) и др.

Во многих работах обобщен накопленный опыт организации принудительного лечения больных хроническим алкоголизмом в ЛТП [Борисов Е. В., Булганина И. М., Качаев А. К., 1969; Энтин Г. М., 1969; Рахальский Ю. Е., 1974; Гурова З. Г., 1978; Пятов М. Д., Дембинскас С. А., Мачулис В., 1978; Струсов В. А., 1980; Тишкован Ф. А., 1980, и др.]. Все авторы подчеркивают, что в организации принудительного лечения предусматривается этапность проведения медико-социальных реабилитационных мероприятий, необходимость обязательного использования методов активной противоалкогольной терапии и динамического наблюдения за больными после выписки их из ЛТП. Существующая система принудительного лечения не исключает, а наоборот предусматривает индивидуаль-

ный подход к лечению и трудовому воспитанию лиц, страдающих алкоголизмом.

Эффективность противоалкогольного законодательства значительно повышается, если административно-правовые и гражданско-правовые меры воздействия получают прочную поддержку общественного мнения. Государственные органы и общественные организации, тесно взаимодействуя и дополняя друг друга, могут наиболее эффективно и целесообразно использовать в условиях социалистического общества как силу закона, так и силу общественного мнения, которое заключается в создании обстановки всеобщего осуждения пьяниц и алкоголиков.

Созданные в 1972 г. при исполкомах районных, городских, областных, краевых Советов народных депутатов, советах министров союзных и автономных республик комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом призваны координировать деятельность всех общественных организаций и государственных органов, направленную на борьбу с пьянством и алкоголизмом, а также разрабатывать и осуществлять мероприятия по предупреждению и пресечению пьянства. Возглавляют комиссии, как правило, ответственные должностные лица, в состав комиссий входят депутаты местных Советов, представители органов охраны общественного порядка, отдела здравоохранения и др. Решения комиссий обязательны для учреждений, организаций и отдельных граждан.

Комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом должны контролировать выполнение решений местных и вышестоящих органов власти по борьбе с пьянством и алкоголизмом, соблюдение правил торговли спиртными напитками, организацию противоалкогольного воспитания трудящихся, выявления, учета и лечения лиц, страдающих алкоголизмом. В случае уклонения от лечения комиссия может возбуждать перед судом ходатайство о признании таких лиц ограниченно дееспособными, лишении их родительских прав или о направлении на принудительное лечение в ЛТП. Эти комиссии руководят деятельностью противоалкогольных комиссий, созданных на предприятиях и в учреждениях, создают общественный актив, утверждают общественных инспекторов по борьбе с пьянством, обладающих определенными правами.

Участие в работе этих комиссий ответственных партийных и административных работников наряду с наркологами и работниками культуры и просвещения обеспечивает квалифицированное, научно обоснованное и в то же время оперативное проведение всех мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом.

Эффективной организационной формой привлечения общественности к борьбе с пьянством и алкоголизмом, а также с теми антисоциальными явлениями, которые порождают пьянство, являются противоалкогольные комиссии на предприятиях, в колхозах и др.

Основная задача этих комиссий состоит в активном выявлении лиц, злоупотребляющих алкоголем, осуществлении мер административного, общественно-воспитательного и медицинского воздействия. Комиссии ведут активную противоалкогольную пропаганду, борьбу с аморальными явлениями, связанными с пьянством, с вреднейшими пережитками — алкогольными традициями. Активисты-общественники, входящие в состав комиссии, осуществляют индивидуальную воспитательную работу с населением. Активисты-общественники, которые сами являются активными пропагандистами здорового быта, активными борцами с пьянством, создают то общественное мнение, ту нетерпимость к пьянству, без которых невозможно победить это зло.

Накоплен большой опыт работы таких комиссий на промышленных предприятиях. Общественность должна активно участвовать в борьбе с пьянством и алкоголизмом не только на производстве, но и в сфере быта, по месту жительства граждан. «Поведение человека в быту,— подчеркивал Л. И. Брежнев в речи на XV съезде профсоюзов,— это не только его личное дело. Свободное время — это не время, свободное от ответственности перед обществом» [1].

Между тем множество различных проявлений пьянства связано с местом жительства злоупотребляющих алкоголем. По данным Л. Л. Попова и соавт. (1975), подавляющее большинство подобных нарушений совершается на улицах, во дворах и в подъездах домов (51,3%). Характерно, что 60,8% всех правонарушений

[1] Брежнев Л. И. Ленинским курсом: Речи и статьи.— М.: Политиздат, 1973, т. 3, с. 482.

в состоянии алкогольного опьянения совершается в будни, как правило, после работы. Отсюда вытекает необходимость объединения усилий органов милиции и общественных организаций предприятий с соответствующими общественными организациями по месту жительства. Осуждение соседей, знакомых и сослуживцев нередко останавливает пьяницу. Это осуждение действенно только в том случае, если оно оформлено как коллективное мнение, как мнение общественных организаций по месту жительства граждан [Закалюк А. П., 1973].

В последние годы в крупных городах создаются общественные пункты охраны порядка, которые становятся основными центрами профилактики пьянства и борьбы с преступностью и правонарушениями по месту жительства. Они объединяют в жилом микрорайоне усилия партийных организаций, депутатских групп, народных дружин, товарищеских судов, домовых и родительских комитетов, культурно-просветительных и медицинских учреждений, а также органов внутренних дел. Это одна из наиболее удачных, хорошо зарекомендовавших себя форм взаимодействия милиции и общественных организаций, которая находит поддержку партийных и советских органов, а также признание населения. В настоящее время деятельность этих пунктов получила и необходимую правовую основу. Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дальнейшем совершенствовании деятельности добровольных народных дружин по охране общественного порядка» (1974) признано целесообразным выделить в микрорайонах городов и других населенных пунктах надлежащим образом оборудованные помещения для совместного размещения и более тесного взаимодействия штаба дружины, участковых инспекторов милиции, товарищеского суда и других самодеятельных общественных организаций, участвующих в охране правопорядка.

Заслуживает внимания опыт работы общественных пунктов в Ворошиловском и Пролетарском районах Москвы. Эти пункты созданы здесь в границах территорий, обслуживаемых жилищно-эксплуатационными конторами. В помещениях этих пунктов размещаются депутатские группы, участковые инспектора милиции, оперативные отряды добровольных народных дружин

предприятий и организаций, товарищеские суды, советы детских комнат милиции и другие общественные организации. Руководят общественными пунктами охраны порядка советы, в состав которых входят члены райкома партии, депутаты районных Советов народных депутатов, представители головных партийных организаций, руководители предприятий, учреждений (в том числе медицинских), жилищно-эксплуатационных контор, агитколлективов, командиры оперативных отрядов добровольных народных дружин, председатели домовых комитетов, товарищеских судов и др. Возглавляют советы авторитетные люди — представители партийных организаций, руководители предприятий, учреждений, организаций. Заместителем председателя совета является участковый инспектор милиции (старший участковый инспектор).

Создание советов общественности по месту жительства граждан на базе пунктов охраны порядка позволило усилить индивидуально-профилактическую работу с правонарушителями, более оперативно реагировать на бытовые конфликты, связанные со злоупотреблением спиртными напитками. Представители общественности на этих пунктах в зависимости от личностных характеристик нарушителей порядка применяют разнообразные формы и методы профилактического воздействия, в том числе беседы членов совета, общественности, обсуждения на заседаниях совета, домового комитета, товарищеского суда с участием представителей общественности с места работы, учебы или родственников лица, злоупотребляющего спиртными напитками или совершившего правонарушение.

Как отмечает «Московская Правда» (2 июля 1981), созданные по инициативе жителей Ворошиловского района Москвы в 1972 г. общественные пункты охраны порядка стали своеобразными центрами консолидации сил органов внутренних дел и общественности по наведению должного порядка в микрорайонах. Сейчас их действует более 600, они имеются во всех районах столицы. Особенно хорошо поставлена работа в пунктах охраны порядка Ленинградского, Ленинского, Краснопресненского, Калининского, Свердловского и других районов Москвы. Умело сочетая меры убеждения с мерами принуждения, актив общественных пунктов совместно с работниками милиции добился

снижения правонарушений и пьянства в своих районах.

О необходимости усиления общественного и правового воздействия на пьяниц, осуществления более действенных мер по профилактике пьянства в трудовых коллективах и по месту жительства говорится в постановлении ЦК КПСС «Об улучшении работы по охране правопорядка и усилении борьбы с правонарушителями» (1979). В нем, в частности, говорится о необходимости осуществления практических мер «по дальнейшему улучшению деятельности добровольных народных дружин, товарищеских судов, общественных пунктов охраны порядка и других органов общественной самодеятельности... в борьбе с правонарушителями». Партийные, комсомольские, профсоюзные и другие общественные организации должны рассматривать работу по месту жительства как продолжение воспитательного процесса, осуществляемого в трудовых коллективах, как важное звено в профилактике пьянства и алкоголизма.

Организация наркологической помощи

В настоящее время в стране образована специальная наркологическая служба, которая представляется как ступенчатая специализированная система лечебно-профилактической помощи лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями [Бабаян Э. А., 1977, 1980].

Основным звеном в организации наркологической помощи населению является *наркологический диспансер* (республиканский, краевой, областной, городской), внесенный в номенклатуру учреждений здравоохранения приказом министра здравоохранения СССР от 5 февраля 1976 г. В структуру наркологического диспансера входят как амбулаторные подразделения — участковые наркологические кабинеты, наркологические кабинеты и фельдшерские наркологические пункты на промышленных предприятиях, так и стационарные и полустационарные (дневные стационары и ночные профилактории при промышленных, строительных, транспортных предприятиях) наркологические отделения. В наркологическом диспансере создаются также специализированные кабинеты — подростковый, экс-

пертизы алкогольного опьянения, психотерапевтический, а также различные вспомогательные и консультативные подразделения. Так, например, Томский областной наркологический диспансер имеет в своем составе различные лаборатории, в том числе и психологическую, дневной стационар, кабинеты врачей разных специальностей, психогигиенический кабинет для подростков, юридическую консультацию, специализированную ВКК, отделение функциональной диагностики, организационно-методический отдел [Прядухин Ю. И., 1980].

Наркологический диспансер является организационно-методическим центром борьбы с пьянством и алкоголизмом.

В соответствии с «Положением о наркологическом диспансере», утвержденным Министерством здравоохранения СССР 20 августа 1976 г., наркологический диспансер на своей территории обслуживания должен осуществлять:

— выявление и учет больных алкоголизмом и оказание им специализированной помощи (стационарной и амбулаторной);

— изучение заболеваемости алкоголизмом и анализ эффективности оказываемой лечебной и профилактической помощи;

— психогигиеническую и профилактическую работу как в пределах диспансера, так и вне его (на промышленных предприятиях, в учебных заведениях и др.);

— медицинское освидетельствование лиц, направленных на принудительное лечение по поводу алкоголизма, а также экспертизу временной нетрудоспособности и экспертизу алкогольного опьянения;

— консультативную и организационно-методическую помощь наркологическим кабинетам, входящим в состав амбулаторно-поликлинических, психоневрологических учреждений, медико-санитарных частей, и наркологическим пунктам при промышленных предприятиях;

— организацию и проведение мероприятий по специализации и повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала;

— участие в профилактических мероприятиях по борьбе с алкоголизмом совместно с другими ведомствами, организациями и учреждениями.

Наркологическая служба строится по участковому принципу. Организатором наркологической помощи является участковый психиатр-нарколог[1], который проводит все лечебные, профилактические и социальные мероприятия на своем участке, осуществляя необходимую связь с организациями и учреждениями зоны обслуживания. Должности врачей — участковых психиатров-наркологов устанавливаются из расчета 0,2 должности на 10 000 работников промышленных, строительных и транспортных предприятий и организаций и 0,1 должности на 10 000 человек остального взрослого населения города и других населенных пунктов, жители которых прикреплены к диспансеру для непосредственного амбулаторного обслуживания. В сельских районах должности участкового врача — психиатра-нарколога устанавливаются также в зависимости от численности населения, но не менее 0,5 должности на район.

Наркологические кабинеты, в которых работает участковый нарколог, должны быть максимально приближены к населению. Поэтому их целесообразно создавать не только в помещении диспансера (для населения примыкающих к нему районов), но и в лечебно-профилактических учреждениях (поликлиниках, медико-санитарных частях) районов обслуживания, территориально удаленных от диспансера. Целесообразно использовать для наркологических кабинетов помещения отдельных медицинских вытрезвителей, что обеспечит между этими подразделениями более тесную функциональную связь [Бабаян Э. А., 1976].

Являясь, как правило, членом комиссии по борьбе с пьянством и алкоголизмом, нарколог осуществляет связь с различными районными учреждениями и предприятиями, молодежными и общественными организациями, организует профилактическую работу с лицами, склонными к злоупотреблению алкоголем, организует общественный и административный контроль за соблюдением больными лечебного режима; совместно с инспектором органов внутренних дел осуществляет осмотры лиц, повторно доставленных в медицинский вытрезвитель в состоянии опьянения, и решает вопрос о

[1] «Положение о враче — участковом психиатре-наркологе и о наркологическом кабинете» утверждено Министерством здравоохранения СССР 19 марта 1976 г.

необходимости взятия их на учет и проведения противоалкогольного лечения.

В состав наркологического участка, кроме врачебного наркологического кабинета, входит несколько фельдшерских *наркологических пунктов,* которые создаются на крупных промышленных, строительных, транспортных, сельскохозяйственных предприятиях. По нормативам на один наркологический пункт должно приходиться не менее 5 тыс. работающих. В зависимости от условий работы фельдшер наркологического пункта может находиться в штате наркологического диспансера или медико-санитарной части, обслуживающей данное предприятие. Однако независимо от этого он работает под постоянным руководством и по планам врача наркологического кабинета.

В задачи фельдшера наркологического пункта входит активное выявление среди рабочих и служащих лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организация с помощью администрации и общественных организаций их медицинского освидетельствования у нарколога. При установлении диагноза алкоголизма и взятии этих больных на наркологический учет фельдшер осуществляет за ними диспансерное наблюдение, по назначению врача проводит амбулаторное и поддерживающее лечение.

В своей работе наркологические пункты опираются на широкую сеть *наркологических постов,* связывающих наркологический участок с общественностью и администрацией предприятий. В состав наркологического поста входят активисты (работники учреждений и предприятий), на общественных началах помогающие медицинским работникам в их деятельности по борьбе с пьянством и алкоголизмом. Основной задачей наркологического поста является оказание помощи наркологу и фельдшеру наркологического пункта в выявлении лиц, злоупотребляющих алкоголем, наблюдении за правильностью выполнения пациентом назначений, в проведении противоалкогольной пропаганды.

Организация наркологической помощи по участковому принципу позволяет наркологу быть в повседневном деловом контакте не только с общественностью, администрацией предприятия, но и с семьей пациента; способствует максимальному приближению наркологической службы к населению по месту работы и по

месту жительства. Особенностью наркологической службы, как подчеркивает Э. А. Бабаян (1980), является то, что вся ее работа строится на основе тесного взаимодействия лечебно-профилактических, наркологических, психиатрических учреждений с деятельностью других ведомств и организаций общественного звена.

Для руководства всей этой работой и ее координации в соответствии с Положением, утвержденным Министерством здравоохранения СССР 11 марта 1976 г., создаются постоянно действующие комиссии по борьбе с алкоголизмом при министерствах здравоохранения союзных и автономных республик, краевых, областных, городских отделах здравоохранения, а в сельских районах — при центральных районных больницах. Председателем этой комиссии, как правило, является заместитель министра здравоохранения (в республике) или заместитель заведующего отделом здравоохранения (областным, городским); заместителем председателя является главный нарколог республики, края, области, города, района. В состав комиссии входят руководители наркологических и других учреждений здравоохранения, имеющих отношение к вопросам борьбы с алкоголизмом, наркологи представители учебных и научно-исследовательских медицинских институтов, других ведомств. Свою деятельность постоянно действующие комиссии осуществляют в тесном контакте с комиссиями по борьбе с пьянством при советах министров союзных республик и исполкомах местных Советов народных депутатов.

Таковы организационные основы построения наркологической службы в нашей стране.

Не останавливаясь на организации лечения больных алкоголизмом, сущности противоалкогольной терапии в наркологических стационарах и в амбулаторных условиях (эти вопросы подробно рассмотрены в специальной монографии Г. М. Энтина[1], а также определены в соответствующих методических указаниях и рекомендациях Министерства здравоохранения СССР), мы коснемся лишь некоторых организационных вопро-

---

[1] Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи.— М.: Медицина, 1979.

сов, связанных с дальнейшим развитием внебольничной и стационарной наркологической помощи с учетом накопленного опыта и задач по дальнейшему совершенствованию форм и методов борьбы с алкоголизмом.

Как известно, эффективность лечения больных алкоголизмом в значительной степени зависит от своевременности их выявления. Многие авторы указывают на существенный недостаток в организации борьбы с алкоголизмом — позднее выявление и начало лечения больных. Так, по данным И. К. Янушевского (1959), из 1762 больных алкоголизмом, лечившихся в психоневрологических диспансерах Москвы, 90% обратились впервые после 5—10 и более лет злоупотребления алкоголем. У этих больных был алкоголизм II—III стадии, в большинстве случаев с выраженными признаками алкогольной деградации, с нарушением социальных и семейных связей.

Следует отметить, что в последние годы, благодаря созданию в стране самостоятельной наркологической службы, заметно улучшились выявление и учет лиц, страдающих алкоголизмом. Так, по данным А. К. Качаева и И. Г. Уракова (1978), контингент учтенных больных алкоголизмом по стране возрос в 1977 г. по сравнению с 1975 г. на 28%. В структуре больных алкоголизмом, состоящих на наркологическом учете, значительно увеличился удельный вес лиц с заболеванием начальной стадии [Энтин Г. М., 1980; Лежепекова Л. Н., Тимофеева Е. А., 1980]. Вместе с тем по-прежнему, как отмечают Э. А. Бабаян, И. В. Стрельчук, И. Н. Пятницкая, Г. М. Энтин, А. К. Качаев, И. Г. Ураков и др., существенным недостатком в организации лечения является позднее обращение лиц, страдающих алкоголизмом. У подавляющего числа больных алкоголизмом, самостоятельно обратившихся за наркологической помощью, диагностируется алкоголизм II—III стадии [Качаев А. К., Ураков И. Г., 1978]. По данным М. Г. Гулямова, среди учтенных больных алкоголизмом около 80% составляют больные с заболеванием II и III стадии. Средняя давность заболевания ко времени первичного обращения составляет около 3 лет [Энтин Г. М., Новак В. М., 1980].

Значительная часть больных алкоголизмом берется на наркологический учет и привлекается к лечению после совершения ими антисоциальных поступков. По

данным выборочного исследования Ф. А. Тинкован (1980), на лечении в ЛТП находится примерно 50% больных хроническим алкоголизмом, которые ни разу до этого не проходили лечения в наркологических учреждениях, находящихся в ведении министерств здравоохранения. По данным этого же автора, в медицинских вытрезвителях выявляется до 30% учитываемых больных алкоголизмом. По результатам нашего исследования, как мы отмечали выше, среди доставляемых в медвытрезвители мужчин более половины имеют признаки алкоголизма (из них около 40% — выраженные).

Эти данные свидетельствуют о том, что контингент медвытрезвителя — основной источник выявления больных алкоголизмом. Необходимо установить более тесную функциональную связь между этими учреждениями и наркологическими диспансерами. Совершенно прав Э. А. Бабаян, который утверждает, что медвытрезвитель должен стать базой диспансера, дающей «возможность... более полно брать на учет соответствующий контингент и обеспечивать необходимым лечением, в том числе и поддерживающей терапией»[1]. В. П. Бокин (1978) считает, что медицинский персонал медвытрезвителей должен не только «вытрезвлять», но и проводить противоалкогольную работу. Все доставленные в медицинский вытрезвитель 2 раза и более должны обязательно пройти медицинское освидетельствование у нарколога в вытрезвителе после их вытрезвления или в наркологическом диспансере, куда они должны доставляться прямо из медвытрезвителей в сопровождении сотрудников этих учреждений. Такое «принудительное» медицинское освидетельствование лиц, доставленных в медвытрезвитель, на предмет выявления заболевания алкоголизмом, по мнению В. П. Бокина (1978), является «во всех отношениях законным, поскольку освидетельствование будет осуществляться в условиях медицинского учреждения, куда они попали без какого-либо принуждения со стороны общества». На практике лишь незначительная часть контингента медицинских вытрезвителей (около 10%)

[1] Бабаян Э. А. Некоторые актуальные проблемы наркологии.— В кн.: 6-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Т. 1. М., 1975, с. 12.

приходит на прием к наркологу [Бокин В. П., 1980]. По нашим данным, более половины лиц, задержанных в течение года в состоянии алкогольного опьянения и направленных органами милиции в наркологический диспансер для обследования, на прием не явились.

Большая роль в выявлении лиц, злоупотребляющих алкоголем, и применении к ним мер медико-социального воздействия отводится учреждениям общемедицинской сети (поликлиники, медико-санитарные части). Особое значение в организации борьбы с алкоголизмом приобретает деятельность участковых и цеховых терапевтов, которые должны более активно выявлять лиц, злоупотребляющих алкоголем, на амбулаторном приеме, при посещении больных на дому, при обследовании рабочих и диспансерном наблюдении за больными. Совместно с представителями милиции и общественности участковый врач должен принимать активное участие в осуществлении медико-социальных мер воздействия в условиях конкретного микросоциального окружения по месту жительства злоупотребляющих алкоголем. Знающий условия жизни семьи и взаимоотношения между ее членами участковый врач является основной фигурой в проведении профилактических мер в семье.

Возникновение и развитие алкоголизма часто бывает семейным. Особое внимание на поликлиническом участке следует обращать на семью как основной источник информации о лицах, злоупотребляющих спиртными напитками. При систематических выпивках и частых конфликтах в семье в связи со злоупотреблением алкоголем этих лиц ставят на учет как злоупотребляющих алкоголем с последующим медицинским освидетельствованием для выявления признаков алкоголизма.

Успех борьбы с алкоголизмом в значительной степени зависит от взаимосвязи и преемственности в работе между основными звеньями — психоневрологическими (наркологическими) диспансерами, поликлиниками (медико-санитарными частями), медвытрезвителями и общественными организациями.

Проведенное нами изучение деятельности указанных учреждений показало, что между ними во многих случаях отсутствует четкая взаимосвязь и преемственность в выявлении злоупотребляющих алкоголем

и наблюдении за ними. Об этом свидетельствуют также и другие литературные данные [Энтин Г. М., Дроздов Э. С., Пахтер А. С., 1980; Бокин В. П., 1980, и др.].

Медвытрезвители, через которые проходит основной контингент злоупотребляющих алкоголем, как правило, сообщают о них по месту работы. Однако обратная информация от администрации и общественных организаций предприятий и учреждений о принятых мерах поступает не всегда. Зачастую она имеет вид формальной отписки. По нашим данным, 70,5% обследованных спустя 2 года после принятия к ним административных мер (штраф, задержание, направление писем по месту работы и др.) продолжали злоупотреблять спиртными напитками и совершать антиобщественные поступки. Около 20% семей признали свою беспомощность и не были уверены в эффективности общественных и административных мер. В 35% случаев члены семьи злоупотребляющего алкоголем считали необходимым проконсультировать его у врача, но не знали, как это сделать, поскольку сам он к врачу обращаться не желает.

Все это указывает на серьезные недостатки в борьбе с алкоголизмом и пьянством, которые пока в значительной степени зависят от разобщенности мер социального и медицинского воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Специальное изучение и применение на практике некоторых организационных форм борьбы с алкоголизмом в условиях поликлиники позволили дать определенные рекомендации по совершенствованию выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организации наблюдения за ними по месту жительства.

Вся информация о лицах, злоупотребляющих алкоголем, должна поступать в отделения милиции или общественные пункты охраны порядка по месту их жительства. На базе общественных пунктов целесообразно создавать специальные противоалкогольные комиссии, основными функциями которых должны быть:

— учет и организация обязательного медицинского освидетельствования лиц, злоупотребляющих алкоголем, с целью выявления больных алкоголизмом на ранних стадиях заболевания;

— разработка конкретных индивидуальных мер административного и медицинского воздействия в отношении злоупотребления алкоголем;

— контроль за противоалкогольной работой на участке и осуществлением мер индивидуального медико-социального воздействия.

Всех злоупотребляющих алкоголем рекомендуем делить на три группы (категории учета) в зависимости от степени злоупотребления алкоголем согласно нашим критериям (см. главу I). Так, в первую группу должны входить лица с выраженными признаками алкоголизма (II—III стадии болезни), во вторую — с начальными признаками алкоголизма (I стадия болезни), в третью — лица, злоупотребляющие алкоголем без признаков алкоголизма. Такой подход позволяет составить дифференцированный план медико-социального воздействия на каждого злоупотребляющего алкоголем. Например, к злоупотребляющим алкоголем без признаков алкоголизма в основном применяют меры административно-общественного воздействия. В сочетании с индивидуальной и воспитательной работой (вызов жены, родственников, направление активистов на дом для выявления семейно-бытовых условий и др.) они принесут безусловную пользу. Сам факт постановки на учет окажет на злоупотребляющего алкоголем психотерапевтическое воздействие. По отношению к злоупотребляющим алкоголем с начальными и выраженными признаками алкоголизма наряду с административными и общественными мерами должны применяться специальные лечебные меры (обязательные или принудительные). Лица с начальными признаками алкоголизма могут проходить лечение в амбулаторных условиях, а лица с выраженными признаками алкоголизма — обязательно в стационаре с последующим поддерживающим противорецидивным лечением в амбулаторных условиях.

Противоалкогольная комиссия должна периодически заслушивать на своих заседаниях отчеты представителей общественности, медицинских работников, районного нарколога, участковых инспекторов милиции и др. Это обеспечит контроль за осуществлением мер медико-социального воздействия. Создание таких комиссий на базе общественных пунктов или при каждом отделении милиции позволит решить ряд организационных вопросов борьбы с алкоголизмом и пьянством и, в частности, обеспечить явку злоупотребляющих алкоголем к наркологу для обследования.

Некоторые наши предложения были апробированы в условиях наркологического диспансера № 1 Москвы [Энтин Г. М., Дроздов Э. С., Пахтер А. С., 1980]. С целью активного выявления больных в начальных стадиях заболевания и привлечения их к противоалкогольной терапии наркологическими кабинетами этого диспансера были установлены тесные контакты с участковыми инспекторами отделений милиции и общественностью пунктов охраны порядка, а также с администрацией и общественными организациями предприятий и учреждений районов. Это позволило брать на профилактический учет всех лиц, нарушающих общественный порядок в связи со злоупотреблением алкоголем. Взятый на учет контингент осматривался на общественных пунктах участковыми наркологами (на осмотр доставлялись инспекторами и общественниками пунктов охраны порядка), которые распределяли его в зависимости от степени злоупотребления алкоголем на три предложенные нами группы.

Первую группу составили больные алкоголизмом с выраженными признаками болезни (II—III стадия) — около 15%. Большинство из них оказались состоящими на наркологическом учете, ранее им уже проводилось противоалкогольное лечение. В период осмотров они находились в состоянии рецидива и уклонялись от лечения. Большинство из них нуждались в стационарном, а некоторые — в принудительном лечении.

Вторую группу (25% всех состоящих на профилактическом учете) составили лица с впервые в жизни установленными клиническими признаками алкоголизма I стадии. Характерно, что эти лица в подавляющем большинстве случаев не считали себя «алкоголиками» и никогда не обращались за наркологической помощью. Все они взяты на наркологический учет и подверглись противоалкогольному лечению. Благодаря совместным усилиям наркологов, администрации, общественности, родственников удалось добиться, что более половины больных этой группы регулярно проходили амбулаторное лечение, а также, по их желанию, стационарное лечение в наркологических отделениях на промышленных предприятиях.

Авторы утверждают, что благодаря активному выявлению заболеваемости алкоголизмом в начальных

стадиях общее число состоящих на учете больных увеличилось на 60%, а число больных алкоголизмом I стадии — в 5 раз и составило 8% от всех учтенных лиц, страдающих алкоголизмом. В районах, где применялись такие формы активного выявления больных алкоголизмом, снизилось число нарушений общественного порядка, уменьшилось (почти на 40%) число лиц, доставленных в медвытрезвитель.

Как известно, амбулаторная наркологическая помощь является основным видом помощи больным алкоголизмом. На амбулаторном лечении и под динамическим наблюдением находятся все больные алкоголизмом, состоящие на учете во внебольничной наркологической сети. Амбулаторное лечение проводят не нуждающимся в госпитализации, выписанным из наркологических стационаров, закончившим лечение в ЛТП. Амбулаторное наблюдение и соответствующие курсы лечения продолжаются в течение 5 лет при условии стойкой ремиссии, из которых первые 3 года больной находится на учете и под активным наблюдением, а в последующие 2 года его переводят на пассивный учет.

Амбулаторное лечение больных алкоголизмом включает курсы активной противоалкогольной терапии и поддерживающее противорецидивное лечение. Активное амбулаторное противоалкогольное лечение проводят больным, впервые самостоятельно обратившимся за помощью, или больным с рецидивами алкоголизма при наличии положительной установки на амбулаторное лечение.

Поддерживающему амбулаторному лечению подлежат больные, прошедшие амбулаторный курс активной противоалкогольной терапии, выписанные из наркологических стационаров и закончившие лечение в ЛТП. Поддерживающая терапия является обязательным этапом противоалкогольного лечения, она направлена на предотвращение рецидивов заболевания.

Г. М. Энтин (1979) считает, что при хорошо организованном амбулаторном лечении с использованием средств и методов купирования запойных состояний и абстинентного синдрома в амбулаторных условиях, проведения активной терапии, организации психотерапевтического воздействия и реабилитационных мероприятий не менее 70% больных алкоголизмом могут

успешно лечиться только амбулаторно. Больные алкоголизмом II—III стадии обязаны проходить курс специальной противоалкогольной активной и поддерживающей терапии в наркологических стационарах.

В соответствии с методическими указаниями Министерства здравоохранения СССР (1976) длительность стационарного лечения больных хроническим алкоголизмом должна составлять при первичном поступлении не менее 45 дней. Лечение больных алкоголизмом проводится по так называемой трехзвеньевой системе: дезинтоксикация, специальные методы лечения и общеукрепляющие мероприятия. Важное значение в лечении больных алкоголизмом придают психотерапии (внушение, гипноз, аутогенная тренировка и др.), которая обязательно должна сочетаться со специальными методами лечения.

При лечении от алкоголизма большое значение имеет взаимодействие с семьей больного, с общественными организациями. Для закрепления результатов лечения обязательно используют труд в сочетании с общественной работой. Только комплексное и последовательное воздействие врача, семьи и общественности гарантирует успех лечения больного алкоголизмом.

Для повышения эффективности противоалкогольной терапии необходимо дальнейшее совершенствование форм и методов лечения больных алкоголизмом. Заслуживает внимание метод коллективной психотерапии, впервые примененный в нашей стране в Риге путем организации клуба «бывших пациентов» [Канеп В. В., 1973]. Членом клуба может стать каждый желающий бросить злоупотребление спиртными напитками, а также любой человек после или во время противоалкогольного лечения. Члены клуба активно участвуют в беседах, вечерах вопросов и ответов, выступают с публичными самоотчетами. В клубе проводятся отвлекающие культурно-просветительные мероприятия: концерты с приглашением лучших артистов, показ кинофильмов, загородные прогулки. Праздники и семейные торжества отмечаются в клубе, как правило, с приглашением членов семей. В работе клуба в той или иной форме принимают участие представители общественности, что повышает авторитет клуба и помогает оказывать на его членов общественное воздействие.

«Клубный» метод, как отмечает В. В. Канеп, расширяет и дополняет существующие методы лечения. Он удачно сочетает в себе условия, необходимые для успешного лечения алкоголизма: психотерапию; продолжительный тесный контакт больного с врачом, который поддерживается и в последующее время, что влияет на длительность ремиссии; непременное участие семьи и общественности. Ремиссия длительностью от 1 года до 3 лет отмечена у 42% членов клуба, а среди лечившихся только в психоневрологическом диспансере ремиссия такой длительности наблюдалась лишь у 8%. Абсолютное большинство (около 90%) членов клуба работают по специальности и активно участвуют в общественной жизни.

Решающее значение для поддержания ремиссии, достигнутой противоалкогольным лечением, как отмечают Ю. М. Саарма, Х. Я. Вярэ и Ю. Э. Аасо (1978), имеет создание такой микросреды, такого круга близких людей, среди которых бывший больной алкоголизмом мог бы чувствовать себя равным и достойным без приема алкоголя, мог бы встретить понимание и уважение. Авторы на примере клуба «Анти-Вакх», созданного при Тартуской клинической психоневрологической больнице, показывают его роль в системе противорецидивных мероприятий у больных алкоголизмом.

Учитывая, что многие из абстинентов не желают афишировать себя и свое прошлое в клубе с названием «Анти-Вакх» (возникает ассоциация с алкоголем), создаются специальные семейные клубы для реабилитации больных хроническим алкоголизмом. Такой клуб под названием «Здоровье» создан в 1979 г. при Доме культуры им. Я. Томпа в Таллине [Хауг А. В., Васильев Р. П., 1980]. В клуб приглашаются и направляются лица, воздерживающиеся от употребления спиртных напитков не менее 6 мес. В руководство клуба избран женский актив из числа жен больных алкоголизмом для активизации деятельности семей пациентов. Вся работа клуба проводится по плану, согласованному с дирекцией Дома культуры и администрацией Республиканской психоневрологической больницы. Вечера в клубе включают в себя культурно-развлекательную программу, обсуждение мероприятий и диско-вечер. По мнению авторов, опыт работы семейного клуба следует распространить и в других крупных городах, так

как он имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными клубами типа «Анти-Вакх».

Отрадно отметить, что в последние годы в деятельности некоторых клубов трезвости появились новые тенденции, а именно, клубы трезвости стали постепенно превращаться в объединения людей, считающих абсолютную трезвость за норму. В клубы вступают не только бывшие больные алкоголизмом, но и лица, которым употребление алкоголя пока не грозит заболеванием и которые считают употребление алкоголя вообще несовместимым с моральными требованиями коммунистического общества. Как сообщает на страницах «Медицинской газеты» (15 июля 1981) заведующий отделением Рижского наркологического диспансера Э. Броканс, такие люди в клубах трезвости «Аметист» и «Авотс» составляют примерно 80%. Средний возраст членов клуба «Аметист» за 3 года его существования снизился с 37 до 32 лет, в клуб все чаще вступают студенты. Работа в клубах организуется по интересам, исходя из местных условий и возможностей. Хотя в организации подобных клубов еще много неясных вопросов, однако их первый опыт свидетельствует о том, что родилась еще одна новая действенная форма профилактики пьянства и алкоголизма.

Принципиально новой формой организации лечения больных в условиях внебольничной наркологической службы является анонимная система лечебно-профилактической помощи больным алкоголизмом, которая строится на хозрасчете. Такая форма обеспечивает оказание лечебной помощи на ранних стадиях алкоголизма «социально ценным, сохранным личностям, продолжающим трудовую деятельность по своей профессии» [Бабаян Э. А., 1977].

В кабинетах анонимного лечения преобладают категории лиц, которые в силу профессиональных особенностей и социального статуса уклоняются от лечения и учета в обычных подразделениях наркологической службы [Гулямов М. Г., 1980]. Как правило, это научные работники, инженерно-технический персонал промышленных предприятий, творческие работники, врачи, водители и др. Из общего числа больных, обратившихся в анонимный кабинет и прошедших противоалкогольное лечение, как отмечает М. Г. Гулямов, 82,5% составили мужчины и 17,5% женщины. Все они

обратились за наркологической помощью добровольно и впервые, хотя и злоупотребляли спиртными напитками на протяжении ряда лет. При организации анонимного лечения больных алкоголизмом большое значение имеет информация населения о существовании данной формы наркологической помощи.

И в заключение следует сказать, что выявление и лечение лиц, страдающих алкоголизмом, должны проводиться на фоне широко организованной противоалкогольной пропаганды, учитывающей факторы и особенности распространения пьянства и алкоголизма среди отдельных групп населения.

Организация борьбы с алкоголизмом на промышленных предприятиях

Сравнительно большое распространение злоупотребления алкоголем, значительный экономический ущерб от алкоголизма и пьянства требуют проведения противоалкогольных мероприятий непосредственно на промышленных предприятиях. При наличии больших контингентов, объединенных профессионально и территориально, имеются широкие возможности для совместных усилий медицинских работников, администрации и общественных организаций по выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, и проведению комплекса мер медико-социального воздействия. Кроме того, производственные коллективы играют ведущую роль в формировании нравственного сознания трудящихся, в воспитании активной непримиримости к недостаткам, внутренней убежденности в аморальности пьянства. В Отчетном докладе ЦК КПСС XXIV съезду партии производственный коллектив назван основной ячейкой социалистического общества, представляющей собой устойчивое объединение людей, связанных единой целью, общими интересами, дисциплиной, товарищеской взаимопомощью и располагающей широкими возможностями для коммунистического воспитания своих членов и формирования у них социалистического образа жизни, основными чертами которого являются высокая степень социальной активности, сознательная дисциплина труда, творческая самодеятельность, развитие движения за коммунистическое отношение к труду.

Изучение и обобщение накопленного опыта противоалкогольной работы на промышленных предприятиях позволяет определить ее следующие основные направления:

— своевременное выявление и взятие на учет лиц, страдающих алкоголизмом, и пьяниц и активное диспансерное наблюдение за ними;

— разработка и проведение комплекса мер медико-социального воздействия, направленных на устранение факторов, способствующих злоупотреблению алкоголем, в условиях микросоциальной среды (в семье, трудовом коллективе);

— широкая воспитательная работа среди рабочих, направленная на искоренение алкогольных традиций, дальнейшее повышение культурного уровня;

— решительная и беспощадная борьба администрации и общественных организаций с любыми проявлениями пьянства на производстве и в быту;

— целенаправленная противоалкогольная пропаганда, в основе которой лежит широкое разъяснение медицинских и социальных последствий алкоголизма и пьянства.

Основным звеном в борьбе с алкоголизмом и пьянством на промышленных предприятиях являются специальные противоалкогольные комиссии, которые призваны координировать всю работу по борьбе с пьянством на промышленном предприятии. Опыт работы противоалкогольных комиссий на ряде промышленных предприятий Москвы и других городов показывает, что они являются эффективной организационной формой привлечения общественности к борьбе с пьянством, алкоголизмом и теми антисоциальными явлениями, которые порождает пьянство.

Обобщая данные литературы по борьбе с алкоголизмом на промышленных предприятиях [Энтин Г. М., Рябоконь В. В., 1970, 1975; Банщиков В. М., Короленко Ц. П., 1973; Алексеев С. С., 1978, 1980, и др.), а также результаты исследований, выполненных на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения II МОЛГМИ, мы попытались представить в общем виде систему взаимосвязи и преемственности между основными звеньями (заводская и цеховая противоалкогольные комиссии, медико-санитарная часть, наркологический кабинет) по выявлению лиц, зло-

Схема 1

Схема выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организация наблюдения за ними на промышленном предприятии



употребляющих алкоголем, и осуществлению за ними диспансерного наблюдения (схема 1).

В состав заводской противоалкогольной комиссии, помимо авторитетных представителей администрации завода, парткома, месткома, комитета ВЛКСМ и председателей наиболее крупных цеховых противоалкогольных комиссий, обязательно должны входить главный врач медико-санитарной части и нарколог. Основными функциями этой комиссии являются координация и направление всей противоалкогольной работы на предприятии; выявление и «принудительное» медицинское освидетельствование лиц, злоупотребляющих алкоголем; определение конкретных мер административного и общественного воздействия по отношению к лицам, взятым на учет по злоупотреблению алкоголем.

Цеховые противоалкогольные комиссии, куда наряду с администрацией, представителями партийной, профсоюзной и комсомольской организаций цеха, пере-

довыми рабочими-активистами входят цеховые врачи, получают в цехах информацию об асоциальном поведении рабочих в связи с алкогольным опьянением и берут их на учет. Источниками информации являются отдел кадров, табельные цехов, наркопосты, общественные организации и др. Всех лиц, подозреваемых в злоупотреблении алкоголем, цеховые противоалкогольные комиссии направляют в наркологический кабинет (наркопункт) медико-санитарной части на медицинское освидетельствование для выявления признаков алкогольной болезни. Только нарколог имеет право на постановку диагноза алкоголизма и назначение соответствующего лечения.

В функции цеховых комиссий входят также меры административно-воспитательного воздействия в условиях микроколлектива, разбор каждого случая злоупотребления алкоголем, контроль за систематичностью лечения страдающих алкоголизмом, поддержание связи с семьями лиц, злоупотребляющих алкоголем, и др. Главное в работе членов цеховых комиссий — это индивидуальный подход к нарушителям общественной и производственной дисциплины в связи со злоупотреблением спиртными напитками. Элементами такого подхода являются беседа должностного лица в присутствии члена комиссии с работником, впервые замеченным в злоупотреблении алкоголем; обсуждение поведения лица, злоупотребляющего алкоголем, на собрании профгруппы или расширенном заседании цехового комитета с вынесением общественного порицания или административного наказания; направление на консультацию в наркологический кабинет (наркопункт) медико-санитарной части; закрепление за лицом, страдающим алкоголизмом, общественного инспектора (из числа членов комиссии, представителя общественной организации, мастера), который обязан обеспечить явку данного лица в наркологический кабинет, контролировать ход лечения, устанавливать контакты с семьей. При уклонении от явки к врачу цеховые комиссии передают дело в товарищеский суд, который в случаях особо злостного пьянства рекомендует администрации и общественным организациям цеха возбудить совместно с родственниками ходатайство перед народным судом о принудительном лечении.

Весьма существенна роль медицинских работников медико-санитарной части, которые входят в состав противоалкогольных комиссий и принимают участие в выявлении лиц, злоупотребляющих алкоголем. Медико-санитарная часть через наркологический кабинет (на менее крупных предприятиях, где нет наркологического кабинета,— через наркологический диспансер) организует специальное лечение больных алкоголизмом.

Нарколог принимает активное участие в выявлении больных алкоголизмом при медицинском освидетельствовании лиц, подозрительных в отношении злоупотребления алкоголем.

В медико-санитарной части Автозавода им. И. А. Лихачева на наркологический кабинет возложено методическое руководство деятельностью всех цеховых комиссий. Нарколог оказывает помощь в составлении планов и проведении мероприятий, регулярно анализирует отчеты комиссий о проделанной работе. Наркологу как члену заводской комиссии предоставлено право непосредственного участия в работе цеховых комиссий и контроля за их деятельностью. Совместно с членами комиссии нарколог осуществляет профилактический осмотр лиц, работающих в условиях повышенной опасности (водители транспорта, механики и др.), для предупреждения выхода их на работу в нетрезвом виде. Комиссия совместно с наркологом и цеховыми терапевтами организует и проводит санитарно-просветительную работу, уделяя наибольшее внимание неблагополучным в отношении производственной и общественной дисциплины участкам.

Обсуждению вопросов борьбы с алкоголизмом на заседании общезаводской комиссии, как показывает опыт Автозавода им. И. А. Лихачева, предшествует тщательная проверка работы по борьбе с алкоголизмом и пьянством в цехах [Попов Ю. В., Шуберт В. Я., 1975]. Особое внимание при этом обращают на следующее:

— информированность руководящего состава и коллектива цеха о результатах деятельности комиссий;

— наличие конкретного плана мероприятий по борьбе с пьянством и алкоголизмом в цехе;

— учет всех случаев нарушений общественного порядка, прогулов, заболеваний, производственных и

бытовых травм, связанных с употреблением спиртного;

— наличие списка лиц, состоящих на учете в наркологическом кабинете, с указанием степени контроля за ними и краткой характеристикой их состояния;

— участие мастеров и начальников участков в принятии административных и медицинских мер к подчиненным, злоупотребляющим спиртными напитками, установление непосредственного контакта с наркологом;

— наличие постоянного стенда «Пьянству — бой!»;

— число запланированных и проведенных лекций и бесед на противоалкогольные темы.

Залог успешной борьбы с пьянством и алкоголизмом на промышленном предприятии в значительной степени зависит от хорошо организованного динамического наблюдения за всем контингентом лиц, злоупотребляющих алкоголем (пьяницами и больными алкоголизмом). Все лица, замеченные в злоупотреблении алкоголем, должны быть взяты на профилактический учет для проведения с ними соответствующей работы, «организации учета потенциальных алкоголиков» [Лежепекова Л. Н., Тимофеева Е. А., 1980]. Профилактический учет лиц, склонных к злоупотреблению алкоголем, целесообразно организовывать на предприятиях, где имеются наркологические кабинеты и есть возможность получения и анализа таких объективных сведений о лицах, злоупотребляющих алкоголем, как прогулы и опоздания на работу в связи с алкоголизацией; употребление алкоголя в рабочее время; снижение производительности труда после выходных и праздничных дней; попадание в медвытрезвитель; нарушения общественного порядка и приводы в милицию за мелкое хулиганство, совершаемое в пьяном виде; появление в чертах характера ранее не свойственной раздражительности, грубости, конфликтности без видимой на это мотивации.

Согласно разработанной нами методике[1], в индивидуальную карточку учета лиц, злоупотребляющих

[1] Копыт Н. Я., Запорожченко В. Г., Чекайда О. П. Методика выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организация противоалкогольной работы на промышленном предприятии: Методические рекомендации. Минздрав СССР.— М., 1975.

спиртными напитками, следует заносить все случаи злоупотребления алкоголем и принятые меры административного, дисциплинарного и общественного воздействия, а также сведения о проведении профилактической (воспитательной и др.) работы в семье и коллективе в соответствии с индивидуальным планом.

К административным мерам воздействия относятся штраф, ограничение дееспособности, принудительное лечение, выселение за невозможностью совместного проживания (по заявлению членов семьи или соседей); к дисциплинарным — замечания, выговор, строгий выговор, перевод на нижеоплачиваемую работу, понижение в должности, лишение премий и льготных путевок, перенос получения жилплощади на более поздние сроки (по согласованию с местными профсоюзными органами); к общественным — обсуждение на собраниях в коллективах, на заседаниях товарищеского суда, критика в многотиражной и стенной печати, в радиопередачах, сатирических плакатах и др.

Контролирует меры медико-социального воздействия заводская противоалкогольная комиссия, которая на своих заседаниях (не реже 1 раза в 3 мес) заслушивает отчет председателей цеховых комиссий, нарколога, цеховых терапевтов о результатах и эффективности принятых мер воздействия и решает вопрос о снятии лиц, злоупотреблявших алкоголем, с учета после длительного (не менее года) наблюдения за ними. Решение комиссии заносят в индивидуальную карточку. В случае увольнения лица, состоящего на учете, его индивидуальная карточка передается в отделение милиции по месту жительства для направления по месту новой работы.

На лиц, взятых на наркологический учет, заводится амбулаторная карта, в которую нарколог заносит результаты обследования, явившиеся основанием для выставления диагноза алкоголизма, назначая соответствующее лечение. Кроме амбулаторной карты на каждого больного алкоголизмом в наркологическом кабинете имеется контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма 30-пс).

Принципы построения картотеки диспансерного учета наркологических больных изложены в работах М. Я. Зиняка (1973), Л. Г. Первова, В. Д. Гапоновой,

С. А. Лев (1974), Н. Г. Осташевской (1976), М. И. Рыбальского, Р. Н. Мурашкина, А. И. Рудякова (1976), Г. М. Энтина (1980). В ряде наркологических кабинетов Москвы, как отмечает Г. М. Энтин, разработан и апробирован принцип построения картотеки с учетом нозологических форм, социальных факторов, определения состояния больных на данный день, оценки эффективности лечебных мероприятий и оперативных мер в отношении каждого состоящего на наркологическом учете.

Важным звеном в борьбе с алкоголизмом на промышленном предприятии является организация стационарного лечения лиц, страдающих этим недугом. Наиболее прогрессивной формой организации стационарного лечения больных алкоголизмом является создание наркологических отделений непосредственно при промышленных предприятиях, что позволяет сочетать психотерапию и медикаментозное лечение с общественно полезным трудом больных, который является необходимым условием полноценного эффективного лечения.

Наркологические отделения при промышленных предприятиях входят в состав наркологических или психоневрологических диспансеров или психиатрических больниц. Промышленные предприятия выделяют для них помещения, а также берут на себя расходы по ремонту и содержанию помещений наркологических отделений, оборудованию прилегающей территории, содержат штат инструкторов по труду, руководящих работой больных в цехах, обеспечивают больных работой и спецодеждой. Юридически взаимоотношения между психоневрологической больницей и промышленным предприятием оформляются в виде договора[1]. Согласно типовому договору на лечение в наркологические отделения принимаются в первую очередь больные — сотрудники данного предприятия, а затем лица, направленные внебольничными психо-

---

[1] Типовой договор между психиатрическим (психоневрологическим) учреждением и промышленным предприятием «О порядке привлечения больных хроническим алкоголизмом к труду с лечебной целью» утвержден Министерством здравоохранения СССР 7 апреля 1975 г. и Госкомитетом Совета Министров СССР по вопросам труда и заработной платы 17 апреля 1975 г. и согласован с ВЦСПС 15 мая 1975 г.

неврологическими учреждениями. Как правило, в наркологические отделения при промышленных предприятиях направляют больных алкоголизмом в плановом порядке (вне состояний запоя и абстиненции) после необходимых дополнительных исследований либо переводят из диспансеров и отделений психиатрических больниц после купирования состояния запоя, абстиненции, а также после перенесенного алкогольного психоза [Энтин Г. М., 1980].

Лечение больных в этих отделениях проводится на добровольной основе. Длительность лечения составляет 3—4 мес. Все больные, поступившие в отделения, обязательно привлекаются к труду в цехах. Приказом директора предприятия они зачисляются в штат на временную работу. В основном больных обеспечивают работой по специальности, а в тех случаях, когда специальность не соответствует профилю производства, им предоставляется возможность получить новую квалификацию. Больные заняты на производстве полный рабочий день.

Оплата труда больных алкоголизмом определяется предприятием (организацией), исходя из действующих норм, расценок и других условий оплаты труда в порядке, установленном для выплаты заработной платы рабочим и служащим данного предприятия. В Московской области 40% заработной платы, начисленной больным, переводится на счет специальных средств психиатрического учреждения, а остальные 60% (за вычетом налогов, платежей по алиментам и других предусмотренных действующим законодательством удержаний) переводят в психиатрические учреждения на лицевые счета больных и выдают им при выписке. Специальные средства могут расходоваться на дополнительное питание больных, на капитальный ремонт зданий и сооружений этого учреждения, благоустройство его территории, приобретение медицинского, культурного и хозяйственного инвентаря, проведение культурных мероприятий. Очень важно не допускать случаев использования больных на низкооплачиваемой работе, что уменьшает заинтересованность в работе на предприятии и причиняет материальный ущерб больному и его семье. Медицинский персонал отделения, как указывают М. И. Рыбальский, Р. Н. Мурашкин и А. И. Рудяков (1976), дол-

жен контролировать правильность начисления больным заработной платы.

Стационарное лечение больных алкоголизмом в сочетании с общественно полезным трудом впервые было осуществлено в 1967 г. на ряде предприятий Московской области. Опыт этой работы показывает, что наркологические отделения при промышленных предприятиях, являясь прогрессивной формой стационарного лечения больных алкоголизмом, обеспечивают наибольшую эффективность лечения и приносят значительную экономическую выгоду предприятиям [Гринавцева В. П., Мурашкин Р. Н., Рыбальский М. И., 1976]. Число наркологических отделений при промышленных предприятиях в Московской области возросло с 2 (на 180 коек) в 1968 г. до 19 (на 1495 коек) в 1975 г. Наркологические отделения организованы при машиностроительных и электротехнических предприятиях, стекольном, керамическом, автобусном и авторемонтном заводах, мебельном и хлопчатобумажном комбинатах, строительном тресте и совхозе.

Опыт работы наркологических отделений на промышленных предприятиях Московской области одобрен комиссией по борьбе с алкоголизмом Министерства здравоохранения РСФСР и коллегией Министерства здравоохранения СССР и рекомендован к распространению. В 1976 г. в РСФСР функционировало 76 наркологических отделений на 5060 коек, в том числе в Новосибирской области — 4 отделения на 240 коек, в Саратовской — 3 на 300 коек, в Свердловской — 5 на 280 коек, в Ярославской — 2 на 140 коек, в Омской — 2 на 165 коек [1].

Наркологические отделения при промышленных предприятиях созданы в большинстве союзных и автономных республик, краев и областей. Имеется ряд публикаций, отражающих положительный опыт их работы не только в Московской области, но и в Ленинграде [Лежепекова Л. Н., 1975], в Томске [Красик Е. Д. и др., 1976] и др. Подобные наркологические отделения созданы также на ряде предприятий Москвы (фабрика «Буревестник», завод «Борец»

---

[1] Найденов О. Ф. Опыт работы наркологических кабинетов и стационарных отделений при промышленных предприятиях.— Здравоохранение Российской Федерации, 1977, № 7, с. 21.

и др.). Изучение деятельности этих отделений свидетельствует о целесообразности их создания. Благодаря комплексному воздействию лечебных и воспитательных мер больные алкоголизмом в большинстве случаев начинают активно включаться в трудовую деятельность и успешно выполняют производственный план. Кадровые рабочие предприятий, рядом с которыми трудятся больные алкоголизмом, помогают им преодолеть недуг, воспитывают правильное отношение к работе, жизни. Приобщение к труду меняет социальное лицо больных алкоголизмом, они чувствуют себя полезными для общества людьми.

Заслуживает внимания опыт лечения больных алкоголизмом в наркологическом отделении Московской психиатрической больницы № 4 им. П. Б. Ганнушкина, организованном при Моссантехпроме. Отделение рассчитано на 50 коек, лечение страдающих алкоголизмом включает пять этапов:

I — самый короткий (1 нед), когда больному внушают необходимость длительного лечения. Особое внимание обращают на роль трудовой терапии в условиях промышленного предприятия при длительном пребывании в стационаре;

II — (3—4 нед) — больные включаются в труд, не регламентированный графиком предприятия и не требующий особых профессиональных навыков (подсобные работы, уборка территории и др.);

III — трудовая терапия в цехах предприятия;

IV — (продолжается 1 мес после двухмесячного пребывания в стационаре) — закрепление полученного терапевтического эффекта. Больные участвуют не только в трудовой, но и в общественной жизни коллектива;

V — реабилитационный этап. В течение 10—12 дней больной не получает никаких медикаментов и находится под пристальным наблюдением медицинских работников отделения, проводятся лабораторные исследования, позволяющие судить о состоянии обменных процессов в организме. На выходные дни больным разрешают уходить домой. Если нет срывов, больных готовят к выписке; продолжают курс поддерживающей терапии.

Эффективность лечения в наркологических отделениях при промышленных предприятиях, по данным

В. П. Гринавцевой, Р. Н. Мурашкина, М. И. Рыбальского (1976), О. Ф. Найденова (1977), более чем в 2 раза превышает эффективность амбулаторного лечения и в $1^1/_2$ раза — эффективность лечения в обычных наркологических отделениях психиатрических больниц. Необходимым условием максимальной эффективности лечения больных алкоголизмом является длительное диспансерное наблюдение за ними и периодическое проведение поддерживающей противорецидивной терапии в амбулаторных условиях.

Опыт создания наркологических отделений при промышленных (сельскохозяйственных, строительных и др.) предприятиях был одобрен Министерством здравоохранения СССР и рекомендован к широкому распространению. Этому способствуют нормативные регламентации прав и обязанностей предприятий и организаций, лечебно-профилактических учреждений и больных алкоголизмом, находящихся на лечении в наркологическом отделении при промышленном предприятии, и, в частности, упоминавшийся выше типовой договор между психиатрическим (психоневрологическим) учреждением и предприятием промышленности, а также «Положение о наркологическом отделении психиатрической (психоневрологической) больницы, психоневрологического диспансера при предприятии промышленности, сельского хозяйства, строительной организации», утвержденное Министерством здравоохранения СССР 17 июня 1975 г.

Отмечая положительный опыт в организации и проведении лечения больных алкоголизмом на промышленных предприятиях и учитывая перспективы дальнейшего развития этого важнейшего звена наркологической службы, некоторые авторы считают, что правовые нормы, регулирующие деятельность этих учреждений, нуждаются в дальнейшем совершенствовании [Бабаян Э. А., 1976; Алексеев С. С., 1978]. В частности, актуальной является задача научно обоснованной разработки оптимального соотношения между различными видами воздействия на больных (медикаментозного, психотерапевтического, трудового) с учетом дифференцированной оценки клинического состояния больных алкоголизмом.

Весьма перспективной организационной формой стационарного лечения больных алкоголизмом явля-

ются дневные наркологические стационары. Первый опыт работы таких полустационарных учреждений отражен в работе Э. С. Дроздова, А. С. Пахтер, В. А. Довгаря (1977).

Дневные стационары также организуются на территории промышленных предприятий и их работа регламентируется типовым договором, соответствующим типовому договору для наркологических отделений промышленного предприятия. Помещение для дневного стационара сравнительно небольшое, так как в нем нет комнат для сна, а оборудование его соответствует оборудованию амбулаторного наркологического кабинета. В дневной стационар направляются больные, не имеющие ограничений в трудовой деятельности. Срок лечения 3—4 мес. Больные, находящиеся на лечении в этих стационарах, работают на данном или ближайшем промышленном предприятии. Утром перед работой с ними проводят беседу, они получают назначенные лекарства. После рабочего дня проводятся специфическое лечение и психотерапия. Для больных организуют различные культурные мероприятия. Ночуют они дома. Во время лечения в дневном стационаре больные получают начисленную им заработную плату полностью.

Опыт дневных наркологических стационаров пока недостаточно изучен. Однако можно уже сейчас утверждать, что дневные стационары не заменяют, а дополняют наркологические отделения при промышленных предприятиях. Их целесообразно создавать в крупных промышленных центрах, на предприятиях, расположенных вблизи жилых массивов, с тем, чтобы больные не тратили много времени на дорогу, так как они находятся в дневном стационаре 11—12 ч [Энтин Г. М., 1980].

Таким образом, создание наркологических отделений при промышленных предприятиях и дневных стационаров позволяет значительно расширить как в количественном, так и в качественном отношении возможности медицинской, психологической и социально-трудовой реадаптации больных алкоголизмом, помочь многим из них покончить с пьянством и вернуть их к полноценной общественно-производственной деятельности.

Основные направления профилактики алкоголизма

В предыдущих разделах данной главы показано, что одним из важных направлений борьбы с алкоголизмом является своевременное выявление и взятие на учет не только больных алкоголизмом, но и угрожаемого в отношении алкоголизма контингента лиц — пьяниц (без признаков алкогольной болезни), которые совершают в состоянии алкогольного опьянения антиобщественные поступки, и осуществление в отношении их комплекса мер медико-социального воздействия. Необходимость активного и полного выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем (пьяниц и алкоголиков), применения к ним дифференцированных мер воздействия требует дальнейшей координации усилий органов и учреждений здравоохранения, административных органов и общественности, создания более стройной системы, обеспечивающей организационно взаимосвязь и преемственность в работе основных звеньев борьбы с алкоголизмом и пьянством.

Утвержденные в последние годы Министерством здравоохранения СССР положения о наркологическом диспансере и наркологическом кабинете (наркопункте), а также методические рекомендации и указания по выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, и организации лечения больных алкоголизмом предусматривают взаимосвязанную деятельность наркологических учреждений Министерства здравоохранения СССР и Министерства внутренних дел СССР и создают основу для дальнейшего совершенствования системы наркологической помощи населению. К сожалению, даже самая совершенная система наркологической помощи, обеспечивающая своевременное и полное выявление контингента злоупотребляющих алкоголем, еще не решает проблемы борьбы с алкоголизмом. Она лишь создает благоприятную основу для наступательной и решительной борьбы с этим негативным явлением.

Важным стратегическим направлением борьбы с алкоголизмом является проведение в широком масштабе мер, направленных на *первичную профилактику алкоголизма* с учетом конкретных факторов, определяющих генез злоупотребления алкоголем (см. главу VI).

Профилактика алкоголизма, как представлено на схеме 2, включает в себя три основных направления: широкую воспитательную работу с населением, санитарно-гигиеническое воспитание населения и формирование трезвеннических установок у подрастающего поколения. Остановимся коротко на каждом из этих направлений.

Широкая воспитательная работа среди населения должна предусматривать дальнейшее повышение культурного уровня, формирование противоалкогольного общественного мнения и организацию культурного досуга населения, особенно молодежи.

Исследования последних лет свидетельствуют о том, что для большинства злоупотребляющих алкоголем характерен сравнительно низкий уровень образования и культуры; злоупотреблению алкоголем способствуют недостатки в организации культурного досуга молодежи и других групп населения, отсутствие во многих трудовых коллективах обстановки нетерпимости к лицам, злоупотребляющим алкогольными напитками, снисходительное отношение к пьяницам [Запорожченко В. Г., Копыт Н. Я., 1975; Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., 1978; Габиани А., 1979; Благоразумный А. А., 1980; Заиграев Г. Г., 1980; Скворцова Е. С., 1980, и др.].

По нашим данным, как мы отмечали выше, прослеживается достоверная коррелятивная связь (обратная) между образованием и распространенностью злоупотребления алкоголем. Свыше 75% лиц, злоупотреблявших алкоголем, имели низкий культурный уровень, значительную часть своего свободного времени они проводили в кругу собутыльников.

Рост материального благосостояния населения в условиях развитого социализма, как справедливо замечает Г. Г. Заиграев, сам по себе не вызывает адекватных изменений в сознании и поведении людей. Необходимо, чтобы создаваемые благоприятные материальные и культурно-бытовые условия одновременно дополнялись комплексом мер по формированию противоалкогольных установок у населения. Обеспечение всестороннего и гармоничного развития личности советского человека неразрывно связано с воспитанием у трудящихся социально-позитивных нравственных установок, с созданием в коллективах

Схема 2

Основные направления профилактики алкоголизма



здорового морально-психологического климата; атмосферы нетерпимости к пьяницам и пьянству как социальному злу, с повышением роли руководства в формировании противоалкогольного общественного мнения.

Особенно актуальны эти задачи на современном этапе развития социалистического общества. В Основных направлениях экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года, утвержденных XXVI съездом КПСС, подчеркивается, что настоящее десятилетие является новым крупным этапом в развитии общественных отношений, формировании нового человека. На основе неуклонного подъема материального и культурного уровня жизни народа будут созданы лучшие условия для всестороннего развития личности, роста социальной и трудовой активности советских людей. В частности, в этом важном партийном документе, определяющем стратегию Коммунистической партии в 80-е годы, поставлены задачи: «расширять возможности для гармоничной духовной жизни людей, доступа всего населения к культурным ценностям, обеспечить дальнейший подъем образования и культуры, усилить нравственное воспитание... совершенствовать формы и организацию досуга, особенно молодежи»[1].

Важным аспектом профилактики алкоголизма является *санитарно-гигиеническое воспитание населения.* Оно включает в себя повышение санитарной грамотности и культуры населения, пропаганду здорового образа жизни и искоренение вредных для здоровья привычек. Центральное место в решении этих задач отводится противоалкогольной пропаганде, которая в соответствии с постановлением ЦК КПСС «О дальнейшем улучшении идеологической, политико-воспитательной работы» (1979) должна носить наступательный, целенаправленный характер с учетом конкретных социально-гигиенических факторов, способствующих распространению алкоголизма и пьянства среди отдельных групп населения.

Специальные исследования, проведенные Центральным научно-исследовательским институтом санитар-

---

[1] Материалы XXVI съезда КПСС.— М.: Политиздат, 1981, с. 137.

ного просвещения, показали невысокую осведомленность населения о мерах борьбы с пьянством. По данным Д. Н. Лоранского, В. Д. Афанасьевой, Л. В. Орловского (1978), более половины (56,3%) обследованных ими городских жителей не знали о недопустимости употребления алкоголя несовершеннолетними, а 13,8% родителей допускали выпивки подростков до 16-летнего возраста. Обследование учащихся 8—10-х классов дневных общеобразовательных школ Москвы и Архангельска показало, что знания подростков о влиянии алкоголя на организм являются общими и поверхностными [Копыт Н. Я., Сидоров П. И., Скворцова Е. С., 1979]. По нашим данным, большинство обследованных школьников считают алкоголь вредным для здоровья, однако понимание вредности алкоголя не останавливает их от его употребления, причем чем старше школьник, тем меньше он с этим считается (в 8-м классе употребляют алкоголь 51% учащихся, в 9-м — 70,4%, в 10-м — 81%). Одной из причин формального знания учащихся о вреде алкоголя является низкий уровень противоалкогольной работы в школе. Из 28 обследованных школ только в 8 читались лекции на противоалкогольные темы.

Приведенные цифры указывают на недостатки в организации и проведении противоалкогольной пропаганды и требуют совершенствования ее форм и методов.

С целью разработки и осуществления мероприятий по противоалкогольной пропаганде, а также координации деятельности министерств и ведомств в этой области при Министерстве здравоохранения СССР образован Всесоюзный междуведомственный совет по противоалкогольной пропаганде под председательством заместителя министра здравоохранения СССР.

Большая роль в пропаганде здорового образа жизни и, в частности, в противоалкогольной пропаганде отводится Всесоюзному обществу «Знание».

Противоалкогольная пропаганда является одним из важных разделов работы Домов санитарного просвещения и лечебно-профилактических учреждений. К этой работе широко привлекается актив Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца [Грибаускене Д. И., 1978; Милюков В. Д., 1978, 1980; Остальский Ю. П., 1978, и др.]. Совершенствуются формы и

методы этой работы. Так, например, в Москве создана сеть противоалкогольных лекториев, работающих по единой программе [Корсак Е. К., Ручкина Н. А., 1978]. Программа предусматривает комплексное освещение проблемы борьбы с пьянством и алкоголизмом (медицинские, социальные, организационные, правовые аспекты), сочетание лекционной пропаганды с обменом опыта работы противоалкогольных комиссий различных учреждений и промышленных предприятий. В 1976/77 учебном году в Москве функционировало 183 противоалкогольных лектория с охватом свыше 180 тыс. слушателей. Наряду с противоалкогольными лекториями для населения создаются специализированные лектории для подготовки председателей и членов комиссий по борьбе с пьянством и алкоголизмом. Организация таких профилированных лекториев на промышленных предприятиях и в жилищно-эксплуатационных конторах способствует активизации деятельности комиссий по борьбе с пьянством и алкоголизмом, привлечению к участию в противоалкогольных мероприятиях общественности.

Большая работа по созданию и подготовке профилированного актива для проведения противоалкогольной пропаганды среди различных групп населения проводится Обществом Красного Креста РСФСР. Численность такого актива в республике достигла в 1980 г. почти 170 тыс. человек, прошедших специальную подготовку на базе лечебно-профилактических учреждений [Милюков В. Д., 1980]. Активистами Общества Красного Креста наиболее широко используются такие формы противоалкогольной пропаганды, как лекции в своих трудовых коллективах, групповые и индивидуальные беседы, подготовка и выпуск санитарных бюллетеней, оформление уголков «трезвости» и др. Как отмечает В. Д. Милюков (на основе результатов специального обследования), около 90% опрошенных предпочитают лектора по противоалкогольной пропаганде из числа активистов-пропагандистов, так как он им ближе, всегда в курсе их повседневных дел, ему можно «без стеснения... задавать такие вопросы, которые никогда бы не задали постороннему лектору».

Говоря о санитарно-гигиеническом воспитании населения и, в частности, о противоалкогольной пропа-

ганде, следует подчеркнуть, что в ее основе должно лежать формирование трезвеннических установок у населения, которое является важной задачей на пути движения к утверждению здорового образа жизни членов социалистического общества. При этом некоторые авторы пытаются определить стратегию и тактику противоалкогольной борьбы. Так, Г. Г. Заиграев (1980) считает, что главная стратегическая задача в борьбе с пьянством и алкоголизмом заключается в комплексном осуществлении социально-экономических, культурно-воспитательных, административно-правовых и медицинских усилий, направленных на постепенное вытеснение из повседневной жизнедеятельности людей того, что вызывает у них потребность в алкоголе, способствует формированию и реализации алкогольных установок. На данном этапе, когда реальные условия жизни, труда и быта многих людей еще не позволяют полностью вытеснить алкоголь как средство, удовлетворяющее некоторые человеческие желания и потребности, наиболее реальной задачей является «сосредоточение внимания на формировании в общественной психологии установок на умеренное потребление алкоголя»[1], что позволит по мнению автора, значительно сократить размеры злоупотребления спиртными напитками. Любые попытки вести борьбу с пьянством с позиции запрещения употребления алкоголя вообще в современных условиях обречены на неудачу потому, что у подавляющего большинства взрослого населения уже выработана установка на периодическое употребление алкоголя.

На необходимость культуры «пития» указывают и многие другие авторы [Э. А. Бабаян, 1978; Левин Б. М., 1979, и др.]. Если в отношении взрослого населения допустимо говорить о культуре «пития», то в отношении подрастающего поколения «правомерна и неоспорима только одна точка зрения — воспитание молодежи в духе трезвого образа жизни, активно-отрицательного отношения к проявлениям пьянства»[2]. Такая постановка вопроса научно вполне

---

[1] Заиграев Г. Г. Некоторые организационные аспекты профилактики пьянства и алкоголизма.— Здравоохранение Российской Федерации, 1980, № 8, с. 8.

[2] Там же, с. 9.

обоснована. Многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что основа злоупотребления алкоголем закладывается в детском и подростковом возрасте. Абсолютное большинство молодых людей знакомятся со спиртными напитками в возрасте до 15 лет. Раннее приобщение к алкоголю ведет к систематическому употреблению алкогольных напитков в подростковом и юношеском возрасте и развитию злоупотребления алкоголем у молодых людей. Среди многообразия факторов, способствующих этому, ведущая роль принадлежит социальным и социально-психологическим (алкогольные традиции в семье, низкий культурный уровень родителей и несостоятельное семейное воспитание, отрицательное отношение к обучению, отсутствие общественной активности и социально-значимых установок, неопределенность в вопросах профессиональной ориентации). По данным Е. С. Скворцовой (1980), 74,8% учащихся 8—10-х классов употребляют алкогольные напитки в семье по праздникам и семейным торжествам. Первое приобщение к алкоголю в 78% случаев происходит под влиянием родителей и родственников подростков. В семьях, где подростки часто употребляли алкогольные напитки, 68,6% отцов и 64,3% матерей имели начальное или восьмилетнее образование. Подавляющее большинство таких подростков (75,7%) имели низкую успеваемость, для них характерно бессодержательное проведение свободного времени (праздное гуляние по улицам в компании друзей, азартные игры, посещение баров).

Как известно, поведение в подростковом возрасте формируется под влиянием друзей, товарищей. Установлена прямая взаимозависимость между частотой употребления алкогольных напитков подростком и отношением к ним его друзей. Влияние компании друзей на развитие алкоголизации у подростка обусловлено как психологическими особенностями подросткового возраста (реакция эмансипации, группирования), так и неблагополучием самой семьи. Наибольшее влияние выпивающие друзья оказывают на подростков, у которых наиболее социально неустойчивые семьи. Следует особо подчеркнуть, что анатомо-физиологические и социально-психологические особенности подростково-юношеского возраста, заключающиеся в уси-

ленном росте и развитии организма, глубоких эндокринных сдвигах, усиленном половом созревании, формировании личности, психики повышают порог психосоциальной адаптации молодого человека к различным отрицательным влияниям социального и биологического порядка. Неблагоприятные биологические факторы (наследственная отягощенность психическими заболеваниями родителей, злоупотребление алкоголем отцом до рождения ребенка, осложненное течение беременности у матери, наличие психических расстройств у подростка, травмы головы с сотрясением мозга и др.) лишь способствуют интенсивной алкоголизации подростков. Можно говорить о первичной утрате подростками, часто употребляющими алкогольные напитки, защитных социальных механизмов, социального контроля, в силу их нравственно-этической несостоятельности и преморбидной отягощенности, реализующих себя в условиях неблагополучной микросоциальной среды.

Отмеченные выше особенности алкоголизации в подростково-юношеском возрасте[1] требуют целенаправленной профилактической работы среди подрастающего поколения, которая должна носить комплексный патогенетический характер (с учетом комплекса факторов, способствующих алкоголизации подростков), проводиться на различных уровнях (культурно-воспитательном, медицинском, правовом и др.) и представлять собой систему скоординированной деятельности различных ведомств и служб, участвующих в ней. Между тем анализ противоалкогольной работы среди детей и подростков показывает, что мероприятия по профилактике алкоголизации подростков характеризуются разобщенностью, эпизодичностью и малой эффективностью [Богданович Л. А., 1971; Сидоров П. И., 1979; Копыт Н. Я., Сидоров П. И., Скворцова Е. С., 1979, и др.]. Вот почему *формированию трезвеннических установок у подрастающего поколения* мы придаем особое значение и выделяем его в одно из основных направлений первичной профилактики алкоголизма (см. схему 2). Одним из важных

[1] Подробно эти вопросы рассмотрены нами в научном обзоре «Причины и особенности алкоголизации в подростково-юношеском возрасте». ВНИИМИ / Под ред. Ю. П. Лисицына.— М., 1980.

путей формирования трезвеннических установок является система противоалкогольного просвещения в школе, которая является частью общего санитарно-гигиенического воспитания школьников.

На основе анализа противоалкогольной работы в школе нами была разработана и апробирована в школах Москвы и Архангельска программа противоалкогольного воспитания школьников [Копыт Н. Я., Сидоров П. И., Скворцова Е. С., 1979], которая предусматривает постепенное, с учетом возрастных особенностей учащихся, раскрытие перед ними различных аспектов отрицательного влияния алкоголя на здоровье человека и на жизнь общества в целом.

В основу противоалкогольной воспитательной работы в школе должны быть положены следующие принципы:

1) противоалкогольное воспитание в школе следует рассматривать как целостную систему нравственного воздействия на сознание детей, направленного на формирование нетерпимого отношения к любым проявлениям пьянства и алкоголизма;

2) противоалкогольное просвещение учащихся должно проводиться на протяжении всех 10 лет обучения школьника с учетом психологических особенностей возрастных групп и содержания изучаемых предметов;

3) начинать противоалкогольное обучение необходимо с 1-го класса, так как процесс активной выработки установок на употребление алкогольных напитков у детей начинается с 8—9 лет;

4) противоалкогольное просвещение должно охватывать также и родителей школьников, среди которых бытует мнение, что небольшие дозы алкоголя безвредны для детей.

Исходя из этих принципов, на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения II МОЛГМИ были подготовлены специальные методические рекомендации[1], в которых содержится примерная тематика и раскрывается методика проведения лекций и бесед по противоалкогольному просвещению не только

---

[1] Методические рекомендации по организации антиалкогольного просвещения в школе. МЗ РСФСР, 2-й Московский мед. ин-т / Е. С. Скворцова.— М., 1978.

учащихся, но и родителей. Следует подчеркнуть, что противоалкогольное просвещение учащихся должно проводиться не только в виде специальных лекций и бесед, но и во время предметного обучения другим дисциплинам. Это создает ненавязчивую форму подачи материала, усиливает эффект от сказанного. Учащиеся активно привлекаются к подготовке лекций, бесед, наглядных пособий. Противоалкогольная пропаганда должна базироваться на общих данных об особо вредном влиянии алкоголя на молодой растущий организм, на высшую нервную деятельность. Кроме общих знаний о вредных свойствах алкоголя, которые учащиеся могут получить на уроках естествознания и биологии, эти вопросы рекомендуется освещать с помощью наглядных опытов, что частично отражено в школьных программах.

В начальных классах противоалкогольное просвещение проводит учитель. Основная задача начальной школы состоит в том, чтобы довести до сознания учащихся понятие о вредном воздействии алкоголя. Начиная с 5-го класса, наряду с противоалкогольным просвещением во время предметного обучения, осуществляемого педагогами, проводится специальное противоалкогольное просвещение медицинскими работниками (врачом или медицинской сестрой).

В старших классах должны проводиться специальные лекции с демонстрацией диапозитивов или кинофильмов. Рекомендуется привлекать учащихся к подбору дополнительных материалов по конкретной теме лекции или беседы. Сведения о вреде алкоголя учащиеся получают на уроках литературы, физиологии, анатомии, биологии, химии с демонстрацией специальных опытов. В старших классах должна читаться лекция на тему «Ответственность подростков за нарушение правопорядка в нетрезвом состоянии». Желательно, чтобы эту лекцию читал юрист или работник детской комнаты милиции.

Успешное решение проблемы противоалкогольного воспитания и просвещения детей и подростков возможно только при условии постоянного целенаправленного и многопланового воздействия: семья — школа, родители — дети. Вот почему наряду с противоалкогольным просвещением учащихся должна проводиться соответствующая противоалкогольная просве-

тительная работа и с родителями учащихся. Она должна носить дифференцированный характер: для родителей младших и для родителей старших школьников. Тематика лекций для родителей должна отражать те вопросы противоалкогольного воспитания, которые более актуальны для детей данного возраста. При подготовке к лекции следует использовать материалы и сведения, которыми располагают учителя об учениках соответствующего класса. Это придает лекции злободневный характер и вызывает неформальный интерес.

Противоалкогольную работу среди родителей лучше проводить на родительских собраниях, специально посвященных этому вопросу [Богданович Л. А., 1971; Скворцова Е. С., 1978]. Родителям следует разъяснять, что не только неправильное воспитание, плохо организованный режим, конфликтная обстановка, но и благодушное отношение родителей к случаям распития спиртных напитков школьниками могут способствовать развитию злоупотребления алкоголем. Опыт проведения таких родительских собраний показывает, что родители охотно, с желанием идут на подобные лекции, идут со своими вопросами, возникшими трудностями.

Система противоалкогольного просвещения в школе охватывает противоалкогольным воспитанием только контингент учащихся старших классов. Не менее актуально проведение противоалкогольного воспитания среди других контингентов подростков и молодежи (учащихся профессионально-технических училищ, средних специальных учебных заведений, студентов, рабочей молодежи промышленных предприятий, военной молодежи и др.).

Эта работа должна носить комплексный характер. Она требует, прежде всего, усиления координационной деятельности в плане тесного взаимодействия различных социальных институтов по формированию у молодежи глубоких нравственных принципов. Деятельность соответствующих органов и организаций, направленную на предотвращение фактов злоупотребления алкоголем на производстве, в быту, местах общего пользования, целесообразно сочетать с широкими социально-профилактическими мероприятиями по устранению причин распространения пьянства и алкоголизма.

Противоалкогольная пропаганда среди молодежи должна проводиться дифференцированно. На необходимость дифференцированного подхода при проведении противоалкогольной пропаганды среди различных групп подростков и молодежи указывают Л. А. Богданович (1971), Ю. Р. Теддер, П. И. Сидоров (1976), Е. С. Скворцова (1978), Н. Г. Мовчан, Н. Е. Буторина, В. С. Казаков (1980) и другие авторы.

Противоалкогольная пропаганда среди молодежи тесно соприкасается с вопросами нравственного и полового воспитания, что обусловливает необходимость усиления общего психогигиенического воспитания подростков и юношей. Большая роль в проведении психогигиенического и, в частности, противоалкогольного воспитания молодежи отводится кабинетам психогигиены и подростковым наркологическим кабинетам. Опыт создания таких кабинетов и противоалкогольной работы с «угрожаемым» контингентом несовершеннолетних накоплен в последние годы в Архангельске [Муратова И. Д., Теддер Ю. Р., Сидоров П. И., 1978], Челябинске [Мовчан Н. Г., Буторина Н. Е., Казаков В. С., 1980] и других городах. Эти кабинеты организуются в структуре наркологической службы (при наркологическом или психоневрологическом диспансере на заводе). В состав такого кабинета входят психиатр, владеющий методами психотерапии, психолог и медицинская сестра по социальной помощи. Основные задачи подросткового наркологического кабинета — выявление и взятие на учет несовершеннолетних, замеченных в злоупотреблении алкогольными напитками, и проведение профилактической работы среди подростков и юношей. Особенно важное значение имеет психогигиеническое обследование подростков и молодых рабочих, поступающих на завод, с целью выявления ранних признаков психической неустойчивости и склонности к алкоголизации.

Ограждение подрастающего поколения от пагубного воздействия алкоголя — часть общенародной борьбы с алкоголизмом, за укрепление коммунистической морали, здорового быта. Для обеспечения единства идейно-политического, трудового и нравственного воспитания молодежи с учетом ее возрастных особенностей необходимо совершенствовать методы противоалкогольного воспитания несовершеннолетних, прово-

дить продуманную пропаганду советского образа жизни с целью формирования у молодого человека сознательного отношения к труду, соблюдения им норм социалистического общежития, выработки активной жизненной позиции. Первый секретарь Кировского горкома КПСС Ю. И. Деревской писал, что пьянство «не может не беспокоить каждого, кто привык честно трудиться, активно бороться за социалистический образ жизни, утверждать добрые отношения между людьми на работе, в быту, семье, обществе, жить интересами страны» [1].

Всестороннего внимания заслуживает опыт комплексной борьбы с пьянством и алкоголизмом, накопленный в отдельных городах нашей страны (Кривой Рог, Киров, Томск, Челябинск, Дзержинск Горьковской области, Подольск Московской области и др.), который создает основу для широкого проведения мероприятий по первичной профилактике алкоголизма. Так, например, в г. Кирове на основе результатов социологического исследования, организованного Горкомом КПСС и Академией МВД, была разработана в 1979 г. комплексная программа борьбы с пьянством и алкоголизмом, которая предусматривает проведение в широком масштабе профилактических мероприятий и участие в этой работе различных учреждений и ведомств. Вопросам профилактики пьянства и правонарушений была посвящена научно-практическая конференция (1980), в которой приняли участие наряду с учеными представители различных ведомств (народного образования, культуры, общественного питания, милиции и др.). Достаточно для примера привести лишь названия некоторых докладов, чтобы представить диапазон рассматриваемых аспектов профилактики и состав участников конференции: «Организация и система борьбы с пьянством на территории административного района» (Ю. Ф. Тупиков), «Профилактика пьянства в условиях трудового коллектива» (В. И. Солодянкин), «Формы и методы антиалкогольной работы среди молодежи» (А. Г. Куба), «Школа и антиалкогольное воспитание» (Ю. А. Култынов), «Место и роль

---

[1] Деревской Ю. И. Борьба с алкоголизмом — забота общая.— Здравоохранение Российской Федерации, 1980, № 12, с. 33—35.

органов внутренних дел в системе антиалкогольной борьбы» (Н. А. Лычаков), «Место и роль культурно-просветительных учреждений в антиалкогольном воспитании населения» (А. А. Курилова), «Место и роль предприятий общественного питания и торговли в системе антиалкогольной борьбы» (А. В. Пожников) и др. Конференция проходила под руководством партийных и советских органов. Информация об этой интересной конференции, показывающей пути комплексного взаимодействия различных служб и ведомств в проведении противоалкогольной работы, отражена в специальной статье[1].

Следует шире обобщать опыт работы по профилактике алкоголизма и внедрять отработанные системы в практику. Наряду с этим необходимо существенно расширить исследования по разработке научных основ первичной профилактики алкоголизма, в частности, следует развивать исследования по изучению мотивации употребления алкогольных напитков различными группами населения, прежде всего молодежью. Необходимо выявлять факторы, оказывающие не только отрицательное, но и положительное влияние на здоровье населения. В этом прежде всего заключается основа активной пропаганды здорового образа жизни и искоренения вредных для здоровья привычек.

---

[1] Константиновский В. А. Профилактике пьянства — научную основу.— Здравоохранение Российской Федерации, 1980, № 12, с. 39—41.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бабаян Э. А. Наркологическая служба и организация лечения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.— В кн.: Тезисы докладов 2-й Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и наркоманий. М., 1978, с. 3—13.

Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Учебное пособие по наркологии.— М.: Медицина, 1981.— 304 с.

Бабаян Э. А., Пятов М. Д. Профилактика алкоголизма.— М.: Медицина, 1981.—63 с.

Банщиков В. М., Короленко Ц. П. Проблема алкоголизма (медицинский и психологический анализ). Всероссийское научное медицинское общество невропатологов и психиатров.—М., 1973.— 110 с.

Бахрах Д. А. Административно-правовые меры борьбы с пьянством. — М.: Юридическая литература, 1973.—52 с.

Бедный М. С. Медико-демографическое изучение народонаселения.— М.: Статистика, 1979.— 322 с.

Белицкая Е. Я. Проблемы социальной гигиены.—Л.: Медицина, 1970.—399 с.

Бейсенов Б. С. Алкоголизм: уголовно-правовые и криминологические проблемы.— М.: Юридическая литература, 1981.— 200 с.

Беляев И. И. Очерки психогигиены.— М.: Медицина, 1973.—230 с.

Бокин В. П. Программно-целевой подход к проведению эксперимента по совершенствованию системы профилактики и организации борьбы с пьянством и алкоголизмом.— Здравоохр. Российск. Федерации, 1980, № 8, с. 10—13.

Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме.— М.: Изд-во Московского университета, 1974.— 96 с.

Бывшев В. Ф., Белоусова Е. А. Технический прогресс и эффективность использования фондов в винодельческой промышленности. ЦНИИТЭИ пищевой промышленности.—М., 1973.—15 с.

Глазырин В. В. Трудовые и гражданско-правовые меры борьбы с пьянством.— М.: Юридическая литература, 1973.— с. 71.

Гринавцева В. П., Мурашкин Р. Н., Рыбальский М. И. Некоторые вопросы борьбы с алкоголизмом на промышленных предприятиях.— Здравоохр. Российск. Федерации, 1976, № 2, с. 8—15.

Гринина О. В., Кудрявцева Е. Н., Копыт Н. Я. Медико-социальное обследование семьи хронического больного. 2-й Московский мед. ин-т.— М., 1974.— 54 с.

Гукасян А. Г. Хронический алкоголизм и состояние внутренних органов.— М.: Медицина, 1968.— 362 с.

Заиграев Г. Г. Проблемы профилактики пьянства.— М.: Знание, 1980.— 64 с.

Запорожченко В. Г., Копыт Н. Я. Факторы, приводящие к злоупотреблению алкоголем и развитию алкоголизма.— Здравоохр. Российск. Федерации, 1975, № 6, с. 22—26.

Зеневич Г. В. Коварный враг здоровья женщин.— Л.: Знание, 1975.— 32 с.

Идельчик Х. И., Аруин М. И., Нестеренко А. И. I Всероссийский съезд по борьбе с пьянством.— Сов. здравоохр., 1972, № 2, с. 61—65.

Изуткин А. М., Царегородцев Г. И. Социалистический образ жизни и здоровья населения.— М.: Медицина, 1977.—232 с.

Казанцев М. А. Борьба с пьянством и алкоголизмом гражданско-правовыми методами.— Л.: Знание, 1974.—28 с.

Каменков К. А. Алкоголизм как социально-гигиеническая проблема.— В кн.: Проблемы социальной гигиены / Под ред. Е. Я. Белицкой. Л.: Медицина, 1970, с. 366—388.

Канеп В. В. Современные медико-социальные аспекты токсикоманий.— В кн.: Труды 6-го Международного конгресса в Варне. София, 1973, с. 123—129.

Качаев А. К. О влиянии хронического алкоголизма на соматическую заболеваемость населения.— В кн.: Проблемы алкоголизма/Под ред. Г. В. Морозова. М., 1970, с. 18—20.

Качаев А. К. О путях и методах выявления больных хроническим алкоголизмом.— В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. Т. 2. М., 1973, с. 130—134.

Кириченко Л. Ф. Некоторые данные о заболеваемости хроническим алкоголизмом.— В кн.: Алкоголизм. Киев, 1970, с. 10—12.

Коваленко П. И. Состояние противоалкогольной помощи в УССР.— В кн.: Алкоголизм. Киев, 1970, с. 3—5.

Комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования. 2-й Моск. мед. ин-т / Под ред. Ю. П. Лисицына. М., 1980.— 197 с.

Копыт Н. Я. О методических подходах к изучению алкоголизма.— В кн.: Труды 6-го Международного конгресса в Варне.— София, 1973, с. 531—532.

Копыт Н. Я. Состояние и перспективы научных исследований по изучению алкоголизма как социально-гигиенической проблемы.— В кн.: Комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования. 2-й Моск. мед. ин-т. М., 1980, с. 110—114.

Копыт Н. Я. Основные направления борьбы с алкоголизмом. — Здравоохр. Российск. Федерации, 1981, № 11, с. 15—21.

Копыт Н. Я., Гуджабидзе В. В. Влияние злоупотребления алкоголем на некоторые показатели здоровья населения. — Здравоохр. Российск. Федерации, 1977, № 6, с. 25—28.

Копыт Н. Я., Сидоров П. И., Скворцова Е. С. Об организации и эффективности антиалкогольного просвещения в школе. — Здравоохр. Российск. Федерации, 1979, № 9, с. 26—29.

Копыт Н. Я., Муратова И. Д., Сидоров П. И., Скворцова Е. С. Причины и особенности алкоголизации в подростково-юношеском возрасте: Научный обзор / Под ред. Ю. П. Лисицына. — ВНИИМИ, 1980. — 60 с.

Королев В. В. О задачах противоалкогольной пропаганды. —М.: Знание, 1974. — 30 с.

Красик Е. Д. Материалы к организации профилактики алкоголизма. — В кн.: Труды 3-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. М., 1974, с. 186—195.

Кудрявцев В. Н. Правонарушения: их причины и предупреждение. — М.: Московский рабочий, 1977. — 78 с.
Левин Б. М. Социальный портрет алкоголика. — В кн.: Мнение неравнодушных. — М.: Политиздат, 1972, с. 63—133.
Лисицын Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины.— М.: Медицина, 1982.— 326 с.
Лисицын Ю. П. Комплексные социально-гигиенические исследования, их место и перспективы. — Сов. здравоохр., 1973, № 6, с. 16—22.
Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм и пьянство как социально-гигиеническая проблема.— М.: Знание, 1976.—44 с.
Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я., Запорожченко В. Г. Социально-гигиеническпе аспекты этиопатогенеза и организация борьбы с алкоголизмом. — В кн: Труды 6-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров (16—20 дек., 1975 г.). Т. 1. М., 1975, с. 73—76.
Лоранский Д. Н., Орловский Л. В., Шалимов В. Ф. и др. Социально-гигиенические аспекты противоалкогольного воспитания населения. — В кн.: 6-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Т. 1. М., 1975, с. 79—81.
Лотова Е. И., Павлучкова А. В. К истории создания и деятельности Всесоюзного общества борьбы с алкоголизмом.— Сов. здравоохр., 1972, № 2, с. 65—69.
Лукомский И. И., Энтин Г. М. Вопросы организации борьбы с алкоголизмом. — М.: Медицина, 1973. — 78 с.
Милюков В. Д. Алкоголь — враг здорового образа жизни. — М.: Медицина, 1980. — 32 с.
Морозов Г. В. Об актуальных направлениях исследований проблемы алкоголизма.— В кн.: Тезисы докладов 3-й Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикоманий. М., 1980, с. 3—6.
Морозов Г. В., Качаев А. К. Эпидемиология и этиология хронического алкоголизма. — В кн.: Проблемы алкоголизма. Вып. 2. М., 1971, с. 5—10.
Нагаев В. В. Некоторые аспекты социального подхода к изучению проблемы алкоголизма.— Сов. здравоохр., 1972, № 9, с. 10—16.
Найденов О. Ф. Опыт работы наркологических кабинетов и стационарных отделений при промышленных предприятиях. — Здравоохр. Российск. Федерации, 1977, № 7, с. 18—22.
Никитин Г. А. Алкоголизм и проблема инфаркта у лиц молодого возраста. — В кн.: Современные аспекты сердечно-сосудистой патологии и болезней обмена веществ. М., 1973, с. 105—108.
Обуховский К. Психология влечений человека. — М.: Прогресс, 1972. — 240 с.
Основные направления республиканской программы научных исследований по изучению алкоголизма: Методические рекомендации МЗ РСФСР / Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, В. П. Бокин, Л. Г. Розенфельд.— М., 1980.—48 с.
Осташевская Н. Г. Наркологическая помощь населению города.— Киев: Здоров'я, 1978.—47 с.
Павлов В. М., Сидельникова Г. Я., Бурцев А. Л. Гипертоническая болезнь у лиц, злоупотребляющих алкоголем.— В кн.:

Труды 3-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. М., 1974, с. 249—252.

Пащенков С. З., Дяченко С. С., Ахмина Н. И. Некоторые вопросы наследственности при хроническом алкоголизме. Научный обзор ВНИИМИ / Под ред. Н. П. Бочкова. — М., 1974.— 63 с.

Пенячева Г. А. Алкоголизм и нарушение мозгового кровообращения в молодом возрасте.— В кн.: Труды 3-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. М., 1974, с. 260—261.

Переведенцев В. И. Алкоголь и свободное время.— В кн.: Мнение неравнодушных.— М.: Политиздат, 1972, с. 152—176.

Петраков Б. Д. Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке: Социально-гигиеническое исследование.— М.: Медицина, 1972. — 300 с.

Попов Ю. В., Шуберт В. Я. Опыт организации противоалкогольной работы на промышленном предприятии. — Здравоохр. Российск. Федерации, 1975, № 3, с. 19—22.

Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. — М.: Медицина, 1973. — 368 с.

Присакарь Н. Ф. Травматизм и его профилактика: Социально-гигиенические аспекты. — Кишинев: Штиинца, 1981, с. 192.

Протченко Б. А. Принудительные меры медицинского характера.— М.: Юридическая литература, 1976.— 104 с.

Пыхов В. Г. Экономика, организация и планирование спиртного производства. — М.: Пищевая промышленность, 1973. — 250 с.

Пятницкая И. Н. О нозологических границах алкоголизма. — В кн.: Труды 3-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. М., 1974, с. 68—71.

Пятницкая И. Н., Карлов В. А., Элконин Б. Л. Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма. — М.: Медицина, 1977. — 126 с.

Рожнов В. Е. Социальное и клиническое значение алкоголизма. Центральный ин-т усовершенствования врачей. — М., 1975. — 10 с.

Рыбальский М. И., Рудяков А. И. Формы и методы принуждения к лечению больных алкоголизмом.— Здравоохр. Российск. Федерации, 1977, № 1, с. 30—35.

Семашко Н. А. Клубы в борьбе с пьянством. — Коммунистическое просвещение, 1928, № 6, с. 21—23.

Скворцова Е. С. Свободное время и употребление алкоголя подростками.— В кн.: Комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования. 2-й Моск. мед. ин-т. М., 1980, с. 139—142.

Социальные проблемы здравоохранения. 2-й Московский мед. ин-т / Под ред. Ю. П. Лисицына.— М., 1972, т. 3, вып. 1.— 208 с.

Социально-гигиенические исследования. 2-й Моск. мед. ин-т / Под ред. Ю. П. Лисицына. — М., 1973, т. 9, вып. 3. — 272 с.

Социально-правовые проблемы борьбы с пьянством и алкоголизмом.— Государство и право, 1980, № 12, с. 111—138.

Стегунин С. И., Щенникова А. И. К методике эпидемиологического изучения причин распространения хронического алкоголизма. — В кн.: Эпидемиологические исследования хронических инфекционных заболеваний.— Куйбышев, 1974, с. 6—9.

Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем.— М.: Медицина, 1973. — 384 с.
Стрельчук И. В. Алкоголизм — болезнь? — М.: Знание, 1971. — 79 с.
Струмилин С. Г., Сонин М. Я. Алкогольные потери и борьба с ними. — Экономика и организация промышленного производства, 1974, № 4, с. 36—46.
Теддер Ю. Р., Сидоров П. И. Некоторые социально-гигиенические аспекты формирования алкогольных привычек. — Сов. здравоохр., 1976, № 4, с. 45—49.
Тезисы докладов 2-й Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и наркоманий (13—15 дек., 1978 г.). — М., 1978. — 168 с.
Тезисы докладов 3-й Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикоманий (22—24 окт. 1980 г.). — М., 1980. — 160 с.
Ткачевский Ю. М. Народные дружины в борьбе с пьянством. — М.: Юридическая литература, 1976. — 62 с.
Томбаева Т. С. Некоторые вопросы борьбы с алкоголизмом и пьянством в условиях поликлиники. — В кн.: Вопросы изучения алкоголизма и организации борьбы с ним. 2-й Московский мед. ин-т. — М., 1973, с. 24—25.
Труды 4-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. Т. 2. М., 1980, с. 5—321.
Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. — М.: Медицина, 1977. — 168 с.
Условия формирования и пути предупреждения неврозов и аномалий личности / Под ред. Г. К. Ушакова и Б. Д. Петракова. Ин-т гигиены детей и подростков МЗ СССР. — М., 1972, 170 с.
Федоров А. Г., Бабынькин Ю. П., Ефремов К. Д. Исследования психоневрологической заболеваемости детей в возрасте до 7 лет, проживающих в сельской местности. — Здравоохр. Российск. Федерации, 1975, № 11, с. 10—13.
Федотов Д. Д. О сохранении психического здоровья. — М.: Медицина, 1975. — 96 с.
Харчев А. Г. Брак и семья в СССР. — М.: Мысль, 1979. — 366 с.
Чекайда О. П. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности лиц, злоупотребляющих алкоголем. — Сов. здравоохр., 1976, № 5, с. 50—55.
Чикин С. Я. КПСС и охрана здоровья народа. — М.: Политиздат, 1977. — 191 с.
Чуйко Л. В. Брак и разводы. — М., Статистика, 1975. — 173 с.
Шамарин П. И. Здоровье, болезнь и медицина. — Саратов: Приволжское книжное издательство, 1973. — 256 с.
Штерева Л. В., Неженцев В. М. Клиника и лечение алкоголизма. — Л.: Медицина, 1976. — 128 с.
Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — М.: Медицина, 1979. — 288 с.
Энтин Г. М., Дроздов Э. С., Пахтер А. С. Методы активного выявления больных в начальных стадиях алкоголизма. — В кн.: 4-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Т. 2. М., 1980, с. 310—312.
Ягодка П. Н. Осторожно, алкоголь. — М.: Советская Россия, 1973. — 223 с.

Ammar S. L'alcoolisme — plobleme de la sante publique. — Tunis med., 1972, vol. 50, N 4, p. 279—285.
Andreano R. L., Yu Li J. Death Rates from Liver Cirrhosis in Alcohol Monopoly and Free-Market States. — Q. J. S. A., 1974, vol. 35, N 2, p. 649—654.
Apostolov M., Balabanov R. Alcohol consuption and morbidity. — In: Acta medica et sociologica, Sofia, 1973, p. 511—513.
Chafetz M. E. Alcohol, Alcoholism and Social Policy. — Brauewelt, 1978, vol. 118, N 50, p. 1912—1917.
Costello R. M., Schneider S. L. Mortality in an Alcoholic Cohort — Int. J. Addict., 1974, vol. 9, N 3, p. 355—363.
Cwynar S. Aktualny stan lecznictwa przecjwalkoholowego w Polsce. — Pol. Tyg. lek., 1974, vol. 29, p. 2233—2235.
Davies D. L. Alcoholism as a disease. — Psychol. Med. (Gr. Brit.) 1974, vol. 4, N 2, p. 130—132.
De Lint J. Alcohol control Policy as a strategy of Prevention: A Critical Examination of the Evidence. — Alc. and Drug. Depend. New York — London, 1977, p. 425—450.
De Lint J. Alcohol Consumption and Alcohol Problems from an Epidemiological Perspective. — Brit. J. Alcohol and Alcohol. 1978, vol. 13, N 2, p. 75—81.
Edwards G. Epidemiology Applied to Alcoholism. — Q. J. S. A., 1973, vol. 28, p. 56.
Faris D. The Prevention of Alcoholism and Economic Alcoholism. — Preventive, Medicine, 1974, N 3, p. 36—48.
Fegnani F. Alcologie. Quelques donnees quantitatives recentes sur la consommation d'alcool et ses consequences en matiere de sante. — Rev. med. Dijon, 1974, vol. 9, N 6, p. 323—335.
Goldberg L. Epidemiologyc of Alcoholism. — Nutr. and Metabol., 1977, vol. 21, N 1—3, p. 114—152.
Granier-Deueux M. Influence of Certain Social Factors on the Development of Drug dependence. — Bull. Narcot., 1973, vol. 25, N 1, p. 1—8.
Joachim H. Uber den soginannten Kombinationseffekt von Alkohol und Medikamenten gesichts medizinishe und allgemeinmedizinische Errorterungen. — Z. allgemein Med., 1973, Bd 49, N 30, p. 1448—1451.
Keller M., Efron V. Alcohol Problems in Yugoslavia and Russia: Some Observations of Recent Activities and Concerns. — Q. J. S. A., 1974, vol. 35, N 1, p. 260—271.
Kendell R. S. Alcoholism: A Medical or a Political Problem. Brit. Med. J., 1979, vol. 1, p. 367—371.
Lereboullet J. Alcoolisme et psychiatrie. — Rev. prat., 1973, vol. 23, p. 2103—2108.
Levine H. G. The Discovery of Addiction Changing Concoptions of Habitual Drunkennoss in America. — J. Stud. Alc., 1978, vol. 39, N 1, p. 143—174.
Lorenz P. Der Alkoholkonsum unter sociologischen Aspecten. Offentl. Gesunheitsw., 1975, vol. 37, Sondrh. 4, S. 173—177.
Moser J. Problems and programmes related to alchohol and drug dependence in 33 countries. — Geneva: WHO, 1974.
Murphy H. B. M., Negrete J. C., Tonsignant M. Exploring a New Type of Alcoholis Survey. — Int. J. Epidemiol., 1979, vol. 8, N 2, p. 119—126.

Pader E. Clinical Heart Disease and Electrocardiographic Abnormalities in Alcoholics.— Q. J. S. A., 1973, vol. 34, N 3A, p. 774—785.
Schmidt L. Alkoholismus und seine Bedeutung fur unsere Gesellschaft.— Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg., 1972, Bd 7, N 11, S. 309—313.
Seixaz F. A., Williams K., Eggleston S. Medical Consequences of Alcoholism.— Ann. N.-Y. Acad. Sci., 1975, vol. 252, p. 399.
Vatchev K. Arterial hypertension and the influence of blood consumption.— In: Acta medica et sociologica. Sofia, 1973, p. 199—201.
Whitlock F. A. Liver cirrhosis, Alcoholism and Alcohol consumption.— Q. J. S. A., 1974, vol. 35, N 2, p. 587—605.
Wilson G. C. Alcoholism — Diagnosis and Management in General Practice.— Bull. postgrad. Comm. Med. Univ., Sydney, 1974, vol. 30, N 2, p. 28—33.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЮРИЙ ПАВЛОВИЧ ЛИСИЦЫН,
НИКОЛАЙ ЯКОВЛЕВИЧ КОПЫТ

**Алкоголизм:
Социально-гигиенические аспекты**

Зав. редакцией *И. В. Туманова*
Редактор *Н. В. Рожнова*
Художественный редактор *О. А. Четверикова*
Технический редактор *З. А. Романова*
Обложка художника *А. В. Шипова*
Корректор *Л. Ф. Егорова*

ИБ № 2858

Сдано в набор 02. 04. 82. Подписано к печати 14. 10. 82. Т-15746. Формат бумаги 84×108 1/32. Бум. тип. № 2. Гарнитура «Литературная». Печать высокая. 13,86 усл. печ. л. 13,96 усл. кр.-отт. 14,01 уч.-изд. л. Тираж 40 000 экз. Заказ 3562. Цена 95 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Ордена Трудового Красного Знамени типография издательства «Звезда», г. Пермь, ул. Дружбы, 34.